

ÉTUDE SUR LE DIAGNOSTIC

N° 30

DE QUELQUES

PARALYSIES

GÉNÉRALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 30 JUIN 1893

PAR

C. JAUSSAUD

Né à Lyon (Rhône)

Interne à l'Asile des aliénés de Montpellier

(Clinique des maladies mentales et nerveuses).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O. * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).

Profess. honor. : M. DUPRE (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants. MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MAIRET, <i>président</i> .	MM. BROUSSE, agrégé.
CARRIEU, professeur.	BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

G. JAUSSAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

CHASSAGNE

G. JAUSSAUD.

AVANT-PROPOS

La paralysie générale, telle qu'on la comprend ordinairement, est assez facile à distinguer d'une foule d'autres états desquels on prend plaisir à la différencier ; et si l'on parcourt les livres des auteurs qui ont traité de l'aliénation mentale, on s'aperçoit qu'on a mis un soin extrême à établir le diagnostic entre la paralysie générale et le ramollissement cérébral, la démence sénile, la sclérose en plaques, etc...

A notre avis, la difficulté ne consiste pas dans un diagnostic de ce genre, mais bien plus dans un diagnostic pathogénique des diverses paralysies générales entre elles.

Nous montrerons, en effet, dans la première partie de ce travail, qu'on ne doit plus considérer aujourd'hui la paralysie générale comme une entité morbide bizarre dans l'étiologie de laquelle les causes les plus disparates sont entassées, dont les allurés, la marche, le dénouement sont variables suivant chacune de ces causes, dont l'anatomie pathologique même varie, mais comme un groupe morbide qu'on peut appeler le groupe des paralysies générales. Ainsi que le disait M. le professeur Mairét au Congrès de Lyon, il n'y a pas une paralysie générale, mais des paralysies générales.

Chacune des unités de ce groupe a une physionomie intel-

lectuelle et somatique particulière toujours en rapport avec la cause qui lui a donné naissance, et sur un fond symptomatique commun se détachent des détails importants qui viennent imprimer à cette unité comme un cachet particulier.

C'est l'étude de ces détails qui doit conduire au diagnostic pathogénique. Il y a là un travail d'analyse qu'il nous a paru bon d'exposer dans une vue d'ensemble pour les principales formes de paralysie générale. Nous espérons que ce travail peut présenter quelque utilité pour ceux de nos confrères qui, faute d'être renseignés, courraient le risque de laisser passer l'occasion de porter un diagnostic différentiel important, parce qu'il implique souvent un pronostic et un traitement très différents suivant les cas, et, à coup sûr, plus consolants que ceux de la paralysie générale vraie.

Nous avons puisé les principaux éléments de cette thèse dans les leçons et dans le service de notre maître, M. le professeur Mairret, doyen de la Faculté de médecine; nous sommes heureux de lui exprimer ici nos sentiments de profonde reconnaissance. C'est à lui que nous devons ce qu'il peut y avoir de vrai dans le modeste travail que nous proposons à l'indulgence de nos Juges.

ÉTUDE SUR LE DIAGNOSTIC
DE QUELQUES
PARALYSIES GÉNÉRALES

I. — INTRODUCTION. — HISTORIQUE. — APERÇU GÉNÉRAL
II. — DESCRIPTION RÉSUMÉE
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CLASSIQUE

1

Le titre de ce travail pourra paraître à quelques-uns comme l'indice d'une notion fausse de la maladie de Bayle ; aussi, avant d'entrer dans le cœur du sujet, c'est-à-dire dans l'étude du diagnostic des paralysies générales, il nous paraît indispensable de justifier la nécessité de ce diagnostic.

On a soutenu et on soutient encore que la paralysie générale est une maladie une, et, pour beaucoup, ce serait ébranler une sorte de dogme que d'avancer, même avec réserves, que la paralysie générale telle que la comprenaient Bayle, Calmeil, Baillarger, n'est pas une entité morbide, mais un groupe de maladies qui ont des symptômes communs et diffèrent profondément les unes des autres au point de vue de l'étiologie, de l'évolution, du pronostic, du traitement et souvent de l'anatomie pathologique.

Elle pourrait, à la vérité, se traduire parfois par quelques symptômes particuliers, suivant la prédominance de telle ou telle cause, mais il n'y aurait pas lieu pour cela de créer des variétés de paralysie générale.

Cependant, un mouvement de réaction s'est déjà manifesté contre cette opinion, et l'on a cru devoir distraire du type classique un certain nombre d'états morbides qui s'en écartaient : les uns présentaient des caractères insolites, ils étaient suivis de guérison ; d'autres suivaient une marche irrégulière ; dans quelques cas on ne trouvait pas les lésions anatomiques présentées comme caractéristiques de la paralysie générale ; enfin, on pouvait souvent retrouver à l'origine du mal une cause bien déterminée (alcool, syphilis, plomb).

En 1851, Lasègue (1) disait déjà : « La paralysie générale n'est point une espèce aussi nettement définie que la plupart des médecins inclinent à le croire. Par un procédé commode, peut-être, mais d'un résultat scientifique douteux, on établit sans effort le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et d'autres affections cérébrales qui n'ont rien de commun avec elle ; on néglige, parce qu'on les connaît mal, celles qui, sous certains aspects, se rapprochent de la paralysie générale. Il y a toute une catégorie d'affections cérébrales, étalées, diffuses, dans lesquelles, que vous les appeliez comme vous voudrez, périencéphalites, paralysies générales, il y a toujours un certain nombre de caractères communs. »

La même année, M. Delasiauve, dans un travail publié dans les *Annales médico-psychologiques*, émit l'opinion que certaines formes d'encéphalopathie saturnine pouvaient se rapprocher assez de la paralysie générale pour en emprunter le masque, et il donne à cette forme d'empoisonnement le nom de pseudo-paralysie générale saturnine.

(1) Lasègue, *Études médicales*.

Magnus Huss, dans son ouvrage sur l'alcoolisme chronique (1), établit que dans certains cas les désordres de l'alcoolisme peuvent offrir de très grandes ressemblances avec la paralysie générale et en imposer pour cette maladie avec laquelle ils avaient été longtemps confondus. Cette publication produisit un véritable revirement scientifique, et on s'occupa de plus en plus du diagnostic différentiel entre la paralysie générale et l'alcoolisme chronique.

En 1853, M. Falret (2), dans sa thèse inaugurale, consacrée à la folie paralytique alcoolique, établit une différence bien tranchée entre les paralysies de cette nature et la paralysie générale ; il reconnaît que le diagnostic est de la plus haute importance, puisque les paralysies alcooliques n'ont ni la même marche ni la même gravité que la paralysie générale des aliénés. Pour lui, elles sont « intermittentes, guérissent souvent rapidement par la simple privation de boissons, ne se reproduisent que sous l'influence de nouveaux abus ; enfin ne conduisent pas fatalement, dans un temps donné, à l'incurabilité et à la mort. »

Quant à la paralysie générale saturnine, il ne lui assigne pas une existence à part. Il lui reconnaît cependant quelques caractères particuliers, malheureusement peu connus. Il admet que l'empoisonnement par le plomb est une cause de paralysie générale.

Mais, de tous les états morbides se rapprochant plus ou moins de la paralysie générale, ceux qui ont le plus tôt attiré l'attention des auteurs sont ceux que l'on rencontre dans la syphilis cérébrale.

Dès 1804, Prost (*Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, t. II, p. 59) relate l'observation d'un malade atteint

(1) Magnus Huss, *Alcoholismus chronicus*. Stockholm, 1852.

(2) Falret, Thèse de Paris, 1853.

d'ostéites syphilitique nasale, et qui mourut hémiplégique dans un état d'imbécillité considérable, et après avoir présenté des vertiges et des convulsions. A l'autopsie, on trouva de petites tumeurs cérébrales.

En 1812, Larrey (*Mémoires de chirurgie militaire*) publie deux observations de troubles intellectuels avec hémiplégie, attaques épileptiformes, surdité, guéris par un traitement mercuriel.

Chez un malade de Schutzemberger (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1850), on constata : hémiplégie, paralysie de l'oculo-moteur commun gauche, amaurose du même côté, céphalalgie violente, affaiblissement des facultés intellectuelles, hébétude, tremblement, délire. Guérison rapide par les frictions mercurielles et les pilules de Hufeland.

Thompson (*Journal des connaissances médicales*, 1857), cite une observation de paralysie générale progressive guérie en quatre mois par le traitement antisypilitique.

En 1858, les docteurs Aubanel et Sauze publient (1) une observation de cancer du cervelet qui simula une paralysie générale. Ces auteurs prononcent le mot de pseudo-paralysie générale et cherchent à établir les analogies et les différences des deux maladies.

L'année précédente avait paru le mémoire si important de M. Devouges (2) sur la paralysie générale saturnine. Il repose sur six observations, dont quatre de guérison, et l'auteur conclut que la paralysie générale saturnine se distingue de la paralysie générale progressive par quelques différences minimes et insuffisantes pour faire constituer une espèce morbide à part.

Ladreyt de la Charrière (3) dit que le diagnostic de la pa-

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1858.

(2) Devouges, *Annales médico-psychologiques*, 1857.

(3) *Des paralysies syphilitiques* (Thèse de Paris, 1861).

ralysie générale syphilitique doit être souvent fort difficile et que des accidents de paralysie générale, survenant sur des hommes de moins de quarante ans, doivent toujours faire penser à une affection syphilitique. Il publie une intéressante observation de syphilis cérébrale avec affaiblissement de l'intelligence, embarras de la parole, hémiplegie gauche, dilatation inégale des pupilles, attaque épileptiforme, cécité complète. Mort dans le coma. A l'autopsie, on trouva des tumeurs gommeuses, dont une sur le nerf optique droit, et une infiltration gommeuse du cerveau.

Lancereaux (1) apporte de nouvelles observations de syphilis cérébrale ayant présenté les signes de la paralysie générale ; il rappelle, en outre, celles qu'a publié Leidesdorf (2), et il ajoute : « Les faits de ce genre sont souvent difficiles à différencier de la paralysie générale des aliénés. »

En 1862 paraît le *Traité des maladies mentales* de Marcé. Cet auteur, tout en n'admettant pas la différenciation entre la paralysie générale alcoolique et la paralysie générale des aliénés, reconnaît cependant que ces deux maladies offrent quelques dissemblances symptomatiques dans la période prodromique et dans la période d'invasion. Les lésions, pour lui, sont d'ailleurs les mêmes. Quant à la paralysie générale saturnine, il se rallie entièrement à l'opinion de M. Devouges que nous avons citée plus haut.

Un an plus tard, le même auteur cherche à établir le diagnostic entre la paralysie générale et la démence sénile.

En 1865, Baillarger, dont le nom est lié d'une façon si intime à l'histoire de la paralysie générale, dit que « le diagnostic de la folie paralytique n'est pas toujours facile et qu'on est obligé de suspendre plus ou moins longtemps son dia-

(1) Lancereaux, *Traité de la syphilis*, 1862.

(2) Leidesdorf, *Medicinishe Jarbücher*, 1864, 4^e livre.

gnostic. Il est des cas nombreux où les difficultés persistent pendant un mois, une année et même plus. Certains malades meurent avant que le diagnostic ait pu être porté(1). »

Westphal établit qu'on rencontre des malades qui offrent les symptômes psychiques de la paralysie générale et qui meurent sans avoir présenté aucun trouble de la motilité. D'autres présentent tous les troubles musculaires de la paralysie générale et voient ces symptômes s'amender ou même disparaître complètement. Ces faits constituent ce qu'il appelle la paralysie générale latente.

Parchappe considère tous les cas où manquent les lésions de la paralysie générale comme des folies simples, quoique le cortège symptomatique ait été celui de cette maladie.

Un travail du Dr Drouet, publié en 1871, sur le diagnostic de la paralysie générale (2), se termine par cette profession de foi que l'alcoolisme chronique et la paralysie générale n'étaient qu'une seule et même maladie dont les différents éléments présentaient des différences de gravité et d'intensité.

M. Burlureaux (3) nous cite des observations qu'il considère comme des paralysies générales irrégulières.

En 1877, M. Fournier (4), qui a si bien étudié les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, publie un mémoire remarquable, reproduit deux ans plus tard dans son *Traité de la syphilis du cerveau*. Il y étudie les différences qui séparent la paralysie générale vraie et propose, pour la désigner, l'expression de pseudo-paralysie générale syphilitique.

Peu de temps après, Junius Mickle fait paraître des notes sur la syphilis des aliénés où il considère comme admise la

(1) Baillarger, *Appendice au traité de Griesinger*, 1865.

(2) Drouet, *Annales médico-psychologiques*, 1871.

(3) Thèse de Paris, 1874.

(4) *Progrès médical*, 1877.

ressemblance qui existe entre certaines formes de syphilis cérébrale et la paralysie générale, tant sous le rapport physique que sous le rapport intellectuel.

Pour M. Foville (1), il est des cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques isolées dans les hémisphères cérébraux déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale que le diagnostic différentiel ne peut être établi, quoique la nature et la localisation des lésions anatomiques soient complètement différentes. La dénomination de pseudo-paralysie générale s'appliquerait beaucoup mieux à ces cas qu'à ceux pour lesquels M. Fournier l'a proposée.

Cette théorie des pseudo-paralysies générales, soutenue avec un grand talent par M. Fournier, est d'ailleurs à l'ordre du jour depuis quelques années. On en trouvera encore une étude dans les leçons du professeur Ball (1880).

La thèse de Lacaille (2) fait de la pseudo-paralysie générale alcoolique une espèce à part.

Moreaux (3) s'attache à démontrer que la paralysie générale, chez les alcooliques, diffère essentiellement de la marche de la paralysie générale classique et que la différence en faveur de la première réside dans les rémissions qui sont plus fréquentes et plus franches que dans la seconde.

Le docteur Camuset admet bien la pseudo-paralysie générale alcoolique, mais il la considère plutôt comme une simple curiosité clinique que comme une variété de l'alcoolisme.

Dans un remarquable mémoire, M. Baillarger, attaquant la théorie généralement admise de la paralysie générale, en édifie une autre qu'il appelle la théorie dualiste et qu'il oppose à

(1) Foville, *Annales médico-psychologiques*, 1879.

(2) Lacaille, Thèse de Paris, 1881.

(3) Moreaux, Thèse de Paris, 1881.

la théorie des pseudo-paralysies générales. Il admet que la paralysie générale n'est constituée que par deux symptômes constants et pathognomoniques, la démence et la paralysie. Il est ainsi amené à considérer, dans la paralysie générale, deux maladies bien distinctes : c'est, d'une part, la folie paralytique, qui ne serait autre chose que le délire ambitieux ou hypocondriaque associé à des symptômes d'ataxie musculaire, et, d'autre part, la démence paralytique. La première ne serait due qu'à des troubles de la circulation cérébrale et ne serait qu'un élément surajouté quelquefois à la seconde ; la démence paralytique serait due, elle seule, aux lésions de la périencéphalite diffuse.

Cette théorie avait l'avantage d'expliquer la curabilité des cas du premier groupe sans avoir besoin de recourir aux pseudo-paralysies générales, mais elle montre aussi combien son auteur, qui au début avait si puissamment contribué à élever le dogme de l'unité de la paralysie générale, a senti la nécessité d'étayer l'édifice croulant.

Malgré cela, la théorie des pseudo-paralysies générales a eu son succès, et occupe encore l'ordre du jour.

Il s'en faut pourtant qu'elle ait rallié tous les suffrages ; et, malgré la façon brillante dont M. le professeur Fournier l'a soutenue, il y eut des protestations. En ce qui concerne la syphilis, par exemple, M. Foville distingue deux catégories de cas :

1° Ceux où des déterminations diverses, à siège varié, *réalisent* cliniquement une forme d'aliénation mentale qui simule la maladie de Bayle ; pour ceux-là, il accepte la dénomination de pseudo-paralysie générale ;

2° Les cas où une paralysie générale véritable serait produite par la vérole.

Pour ceux-ci, Foville estime que les signes comparatifs

donnés par M. Fournier sont absolument insuffisants pour établir un diagnostic différentiel.

M. Magnan va plus loin, il nie toute assimilation entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale ; il repousse par conséquent le mot de pseudo-paralysie générale appliqué à une affection de nature toute différente.

Pour M. Mesnet (1), la paralysie générale est une maladie une, à type fixe, indélébile : « Qu'il y ait, dit-il, à côté d'elle des affections qui en simulent le complexe clinique, il y a entre ses affections la même différence qu'entre la fièvre typhoïde et les états typhoïdes. »

Morel-Lavallée et Bélières (2) estiment qu'au lit du malade le médecin ne pourra être formel et dire : ceci est une paralysie générale vraie ; ou : ceci est une paralysie générale syphilitique ; ou : ceci est une pseudo-paralysie générale.

En somme, malgré les travaux de Fournier, on n'est pas encore parvenu à s'entendre sur les distinctions à établir entre la paralysie générale vraie et la paralysie générale syphilitique, et cela, parce qu'on se préoccupe bien moins de rechercher ces distinctions que de soulever une question dogmatique pour savoir si la syphilis peut donner naissance à la paralysie générale.

C'est pour cette raison que M. le professeur Mairét, dans un volume de leçons cliniques qu'il vient de publier récemment (3) sur l'aliénation mentale syphilitique, laisse de côté tout ce qui a été écrit sur ce sujet pour en appeler exclusivement à l'observation clinique.

Il reconnaît d'abord que la syphilis, en se localisant du côté du cerveau, peut revêtir le masque de la paralysie générale. Mais il ajoute : « Une maladie n'est pas constituée

(1) Mesnet, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 30 novembre 1888.

(2) Morel-Lavallée et Bélières, *Syphilis et paralysie générale*. Paris, 1889.

(3) Mairét, *Aliénation mentale syphilitique*. Masson, 1893.

uniquement par des symptômes ; elle est surtout caractérisée par son évolution et son anatomie pathologique. » Or, les lésions et l'évolution de la syphilis cérébrale sont différentes de celles de la paralysie générale. Il faut en déduire que, malgré une ressemblance symptomatique parfois considérable, la syphilis ne peut pas donner naissance à la paralysie générale telle qu'on comprend ordinairement cette dernière, mais à une forme spéciale d'aliénation, l'aliénation mentale syphilitique, résultant toujours des lésions de la syphilis cérébrale et affectant, dans la grande majorité des cas, une marche envahissante.

A une certaine période de la maladie, la syphilis cérébrale peut se manifester avec tous les caractères de la paralysie générale, délire, démence et troubles paralytiques généralisés ; c'est la période de généralisation, qui peut manquer. Lorsqu'elle existe, il y a là, non pas une paralysie générale vraie, mais une *paralysie généralisée*. C'est pour n'avoir envisagé que cette période, que certains auteurs ont prétendu que la syphilis pouvait donner naissance à la paralysie générale, et c'est pour n'avoir pas compris les différences qui existent entre cette paralysie généralisée syphilitique et la maladie de Bayle que ces mêmes auteurs l'ont confondue avec la paralysie générale classique.

C'est pourquoi M. Fournier a fait avancer la question d'un grand pas en exposant quelques-unes de ces différences et en créant la pseudo-paralysie générale syphilitique. Mais il a peut-être eu le tort de n'avoir pas rigoureusement suivi l'évolution de l'aliénation mentale syphilitique et d'avoir été ainsi amené à proposer le mot de pseudo-paralysie générale qui prête à la critique.

Il est certain que le terme de *paralysie généralisée*, que M. le professeur Mairé a proposé (1), convient mieux. Il est

(1) Mairé, *De la démence mélancolique*. Paris, 1883.

plus en rapport avec la nature des lésions et avec l'évolution de la maladie. Il peut s'appliquer aussi bien à la paralysie générale alcoolique qu'à celle qui provient de syphilis. Il convient également à toutes les formes d'aliénation mentale qui sont sous la dépendance de lésions organiques du système nerveux et qui, résultant de lésions primitivement localisées, présentent une période de généralisation.

Ce sont quelques-unes de ces aliénations mentales qui constituent encore ce que les auteurs appellent *la paralysie générale*, que nous avons voulu dégager en étudiant le diagnostic de celles qui sont sous la dépendance de l'alcoolisme, du saturnisme et de la syphilis.

Nous tracerons d'abord rapidement un tableau symptomatique de la paralysie générale vraie.

II

La paralysie générale classique est trop connue dans sa symptomatologie pour que nous puissions nous permettre d'entrer dans des détails trop abondants. Nous reviendrons d'ailleurs, à chaque instant, dans le cours de cette étude, sur les caractères qui la différencient des autres paralysies générales.

Cependant, comme c'est elle qui doit, en quelque sorte, nous servir de type, nous croyons utile de rappeler ici en quelques mots la description de cette maladie.

On la divise en trois périodes :

Pendant la première période, période prodromique, les symptômes sont peu accusés ; ce sont surtout des symptômes intellectuels : moraux et psychiques. Le malade est d'abord surexcité intellectuellement. Son intelligence est plus vive, sa mémoire plus parfaite ; il a plus de facilité pour le travail ;

il entreprend, et mène parfois à bonne fin, des travaux qui auraient été naguère encore au-dessus de son intelligence.

Cependant, cet état de suractivité intellectuelle est traversé de temps en temps par quelques périodes de dépression. Après les repas, par exemple, le futur paralytique général éprouve souvent une somnolence invincible, il se congestionne facilement; mais tout cela est encore passager.

Cette activité malade va bientôt se traduire par de nouveaux besoins. Tel homme, qui s'était par le monde signalé par la dignité de sa vie, commettra des actes impudiques et se livrera à la débauche avec ardeur. On peut dire, d'ailleurs, qu'à cette période, le paralytique général fait tout avec passion: il s'use dans les bouges, se livre à des excès considérables de boisson, passe des nuits entières au jeu, etc. Mais, chose curieuse, l'entourage du malade n'est pas encore disposé à mettre tout cela sur le compte de la maladie. On ne se doute pas que cet homme, qui a peut-être réussi dans des entreprises audacieuses, qui fait des achats considérables, est un aliéné. C'est la phase réellement médico-légale de la maladie.

Jusque-là, ce malade a mis une certaine réserve à ses passions; bientôt il ne se cachera plus, et racontera par exemple à sa femme ses bonnes fortunes de la veille.

Il y a alors perte complète du sens moral. En même temps, les périodes de dépression dont nous avons parlé deviendront plus longues et plus nombreuses, et l'atteinte de l'intelligence se traduira par un affaiblissement d'abord léger de la mémoire. Cet affaiblissement porte sur les petits faits de la vie courante; ce sont des distractions, des oublis inexplicables qui déjà peuvent donner l'éveil à l'entourage.

Les troubles physiques sont rares à cette période. Cependant, vers la fin, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes peuvent se produire, mais très rarement dans la para-

lysie générale vraie, et nous verrons plus loin combien ces ictus sont plus fréquents dans les paralysies générales alcoolique ou syphilitique.

Notons encore, comme trouble physique, un embarras encore très léger de la parole.

Cette période prodromique a généralement, dans la paralysie générale classique, une durée assez longue, et ce n'est parfois qu'après de longs mois que se montrent les trois symptômes primordiaux qui vont occuper la période d'état.

Comme dans toute paralysie générale, ces trois symptômes primordiaux sont : 1° *le délire* ; 2° *la démence* ; 3° *les troubles paralytiques*.

Le délire se traduit le plus généralement (75 pour 100 des cas) sous la forme de délire des grandeurs. Dans ce cas, il porte sur des conceptions gigantesques, irréalisables ; le malade est roi ou pape, l'univers entier lui appartient ; il possède des richesses immenses, des diamants, des millions et des milliards dont il veut philanthropiquement faire profiter tout le monde. Toutes ces affirmations sont débitées par un être tremblant, à extérieur misérable, dont le délire offre le caractère spécial de n'être pas suivi, mais d'être incohérent, ridicule et niais, comme celui du malade de Marcé, qui voulait faire bâtir une ville en or, et qui, interrogé sur sa profession, répondait : « Je suis cordonnier. »

Chose curieuse, ce délire mégalomane revêt souvent un caractère d'actualité historique. C'est ainsi qu'on voit les paralytiques généraux s'attribuer des qualités et des noms différents à mesure que l'histoire progresse et que des personnages importants se mettent en vue dans un État.

Ce délire des grandeurs n'existe pas toujours. Il peut être remplacé par un délire hypocondriaque. Dans ce cas, c'est encore un délire niais, absurde : un malade se croira mort et dira l'être ; un autre soutiendra sur un ton larmoyant qu'il n'a

plus d'estomac, ou bien qu'il a un estomac en fer, en bois, en or, etc. ; un troisième s'imaginera qu'il a l'intestin perforé ; presque tous, dans ce cas, refuseront toute alimentation sous prétexte qu'il leur est impossible de se nourrir.

Le délire des grandeurs et le délire hypocondriaque sont les plus fréquents, mais ils peuvent manquer tous deux. C'est alors, ou bien un délire maniaque avec incohérence intellectuelle, ou bien un délire lypémaniaque à direction de folie des persécutions. Ce dernier est le plus rare.

Dans tous les cas, c'est toujours un délire général.

La démence, qui à cette période accompagne le délire, se traduit déjà par la niaiserie de ce dernier ; c'est l'affaiblissement des forces intellectuelles qui lui donne ce cachet d'absurdité. Mais c'est surtout à la mémoire qu'il faut s'adresser pour rechercher l'atteinte radicale de la cellule cérébrale. Le souvenir des faits récents disparaît tout d'abord, celui des faits anciens se conserve un peu plus longtemps, et encore ne retrace-t-il que les événements importants de la vie, ou ceux qui sont en rapport avec la profession, par exemple.

Les troubles paralytiques qui constituent le troisième symptôme primordial de la paralysie générale à la période d'état sont généralisés dès le début de cette période, ils portent sur l'ensemble du système musculaire, à l'inverse de ce qui se passe dans les paralysies généralisées. Ils sont au début très légers, et cela s'explique, la surexcitation motrice venant masquer à ce moment les troubles parétiques. Il faut les rechercher avec soin. C'est dans la phonation et l'articulation des mots qu'on peut les surprendre.

Ils consistent en une difficulté spéciale dans l'attaque des mots, ou bien en la répétition de certaines voyelles d'un même mot (ânonnement), ou bien encore en un timbre de voix nasonné, tous phénomènes qui indiquent la parésie des muscles qui président à la phonation.

L'inégalité pupillaire est encore un phénomène parétique qui apparaît de bonne heure. Elle alterne parfois avec une contraction exagérée et égale des deux pupilles.

L'eü à peu, la paralysie imprègne tous les muscles, la démarche s'alourdit, les malades écartent en marchant leur base de sustentation pour conserver leur équilibre ; les muscles de la face et des lèvres sont atteints de tremblements qui contribuent pour leur part à accentuer les troubles de l'articulation des mots. Un peu plus tard, les malades se tassent sur eux-mêmes et s'affaissent. En réalité, il n'y a pas de paralysie complète ; le malade peut accomplir tous les mouvements, mais ses forces sont perdues.

A la troisième période, le délire s'efface, la démence fait des progrès en même temps que les troubles paralytiques s'accroissent. La parésie n'atteint plus alors seulement les muscles de la vie de relation, mais elle s'étend aux muscles de la vie organique (intestin, sphincters, etc.).

C'est la déchéance intellectuelle et somatique poussée au dernier degré.

Pendant assez longtemps, le paralytique général a joui d'une santé en apparence assez florissante ; son appétit s'est maintenu bon, il a pris de l'embonpoint. A cette dernière période, il maigrit, se cachectise et finit par succomber dans le marasme, à moins qu'il ne soit emporté par une maladie intercurrente (pneumonie hypostatique, infection purulente, etc.) ou par des attaques épileptiformes ou apoplectiformes.

Cette évolution n'est pourtant pas fatale, et il peut se produire des rémissions de durée variable.

Quant aux intermissions et aux prétendues guérisons qu'on a voulu affirmer dans la paralysie générale vraie, elles pourraient bien être liées à des paralysies générales de nature différente.

I

PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE

La paralysie générale alcoolique étant une affection curable, il est de la plus haute importance de la diagnostiquer de bonne heure.

On sait que quelques cliniciens ne veulent pas même essayer ce diagnostic; ils estiment qu'il n'existe aucune différence fondamentale entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale.

Il en est d'autres, au contraire, qui refusent absolument à l'alcoolisme le droit d'engendrer la paralysie générale et pensent que ce qu'on appelle la paralysie générale alcoolique est un état particulier qu'ils désignent sous le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique.

D'autres, enfin, séparent nettement l'alcoolisme chronique de la paralysie générale, mais ils admettent une paralysie générale alcoolique pouvant être quelquefois l'aboutissant de l'alcoolisme chronique.

C'est à cette dernière opinion que nous nous rattachons : on rencontre, en effet, des gens devenus paralytiques généraux et chez lesquels l'investigation la plus minutieuse ne permet de retrouver rien autre chose que l'alcoolisme comme cause de leur maladie. Mais il ne s'ensuit pas que l'alcoolisme conduise toujours à la paralysie générale et il se présente parfois avec une physionomie bien différente, suivant le

degré d'imprégnation de la cellule cérébrale par l'alcool et suivant surtout la résistance du sujet.

Lorsque l'alcool a pendant longtemps imprégné le cerveau, il peut y déterminer des lésions qui ressemblent beaucoup à celle de la paralysie générale alcoolique. L'expérimentation sur les animaux ne laisse pas de doutes à cet égard, et M. le professeur Mairet, dans ses recherches sur l'intoxication alcoolique chronique, a reproduit expérimentalement chez des chiens des lésions analogues à celles qui avaient été rencontrées chez des paralytiques généraux à antécédents purement alcooliques.

Mais l'alcoolisme ne produit pas toujours ces lésions, et il peut arriver que la simple imprégnation par l'alcool des cellules cérébrales, sans lésions, conduise à un état très voisin de la paralysie générale et qu'il faut savoir reconnaître.

Un exemple fera mieux comprendre la chose : un homme, alcoolique avéré, entre dans un asile à la suite d'un accès de delirium tremens ou d'agitation maniaque. Il présente, dès le début, la triade symptomatique de la paralysie générale la plus franche, délire des grandeurs, démence et troubles paralytiques plus ou moins généralisés ; puis, au bout de peu de temps, de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, et la guérison se produit.

On s'est trouvé en présence d'un malade qui a réalisé tous les éléments symptomatiques de la paralysie générale ; on a peut-être même porté le diagnostic de folie paralytique, et cependant la marche de l'affection vient donner un démenti à cette affirmation. La paralysie générale étant toujours produite par une lésion organique du système nerveux central ne doit pas guérir, parce que la lésion elle-même est irréparable ; elle peut s'arrêter dans son évolution et donner lieu à des rémissions, mais jamais à des guérisons radicales, comme c'est le cas dans l'espèce.

Il faut alors admettre forcément que l'alcool a agi ici par simple imbibition et qu'il a suffi qu'il s'éliminât pour que la cellule reprenne toute sa vigueur première.

Ce sont les cas de cet ordre que l'on pourrait désigner du nom de *fausses paralysies générales*.

Il faut avouer que le diagnostic est alors très difficile. On arrive bien à reconnaître que de pareils malades ne sont pas atteints de paralysie générale vraie, on a pour cela les antécédents du malade et les signes de l'intoxication alcoolique ; mais il est difficile d'affirmer qu'ils ne sont pas atteints de paralysie générale alcoolique.

On doit cependant savoir que ces faits se rencontrent surtout chez les héréditaires cérébraux, chez ceux qui résistent peu à l'influence de l'alcool, qui se grisent avec rien.

Lorsque l'alcoolisme a dépassé le degré d'imprégnation dont nous venons de parler, il détermine des lésions cérébrales, qui, symptomatiquement, se manifestent sous deux formes principales :

1° Par un ensemble de phénomènes qui rappellent d'assez près la paralysie générale et qui sont liés à des lésions méningitiques sans atteinte bien considérable à la substance grise ;

2° Par les symptômes ordinaires de la paralysie générale, c'est-à-dire par du délire, de la démence et des troubles paralytiques.

Dans le premier cas, les malades ne sont pas des paralytiques généraux, bien qu'ils en aient quelque apparence. On rencontre chez eux, le plus ordinairement, un délire maniaque accompagné de démence ; mais les troubles paralytiques manquent.

Dans le second cas, les lésions cérébrales déterminées par l'alcool ont conduit le malade à la paralysie générale ; mais

cette paralysie générale alcoolique présente, avec la paralysie générale vraie, des différences importantes à connaître.

Comme l'a indiqué M. le professeur Mairét (1), ces différences doivent être examinées au double point de vue de l'évolution et de la symptomatologie.

On doit tenir aussi grand compte des antécédents personnels ou héréditaires.

1° ANTÉCÉDENTS. — Dans la paralysie générale vraie, on ne retrouve que rarement des excès alcooliques dans les antécédents des malades; s'ils en ont commis quelques-uns, un examen attentif fait découvrir que c'est sous l'influence de la maladie commençante. Dans le cas qui nous occupe, les antécédents alcooliques sont des plus avérés, les malades sont de vieux alcooliques, et leurs excès ne remontent pas à quelques semaines; ils sont anciens et presque toujours ont été nombre de fois répétés. L'identité alcoolique de ces malades est, du reste, souvent facile à établir, car, intoxiqués depuis longtemps, ils présentent souvent des signes de la cachexie ébrieuse. Lorsque apparaissent les premiers symptômes de la paralysie, ceux-ci ne sont qu'une étape dans l'évolution d'un alcoolisme déjà ancien et qui s'est déjà manifesté par des troubles somatiques et psychiques si caractéristiques (cauchemars, visions d'animaux, d'incendies; tremblements musculaires, troubles digestifs, etc...).

Les antécédents héréditaires des paralytiques alcooliques sont généralement très chargés, mais ils se distinguent aussi de ceux du paralytique vrai. Ils sont fils de buveurs et de grands buveurs. Parfois aussi il y a de l'hérédité vésanique, c'est-à-dire une assez grande proportion de vésanies, de folies pures chez les ascendants, tandis que l'hérédité similaire (pa-

(1) Congrès de Lyon, 1891.

ralysie générale) et l'hérédité congestive sont assez rares. Or c'est précisément le contraire que nous observons dans la paralysie générale vraie. Ici, l'hérédité vésanique est l'exception, tandis que l'hérédité cérébrale, ou hérédité de tendances congestives, est la règle.

M. Ball, dans une statistique portant sur cent familles de paralytiques généraux comprenant 1,565 membres, n'a trouvé que 4 aliénés, mais 143 personnes atteintes d'affections cérébrales.

2° SIGNES FOURNIS PAR L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE. —

La maladie, dans presque tous les cas, débute bien plus brusquement que la paralysie générale ordinaire. Dans cette dernière, on voit peu à peu la démence et les troubles paralytiques imprégner le malade en quelque sorte à petites doses, pendant une période de plusieurs mois, de plusieurs années quelquefois. Ici, au contraire, le début est brusque. On remarque cependant que cet homme qui supportait admirablement la boisson commence à se griser plus rapidement et à devenir plus irritable. Mais cela dure peu, car tout à coup, sous l'influence d'une cause banale, éclate un accès de *delirium tremens*. Cette cause banale est variable; c'est parfois un excès de boisson plus considérable que de coutume ou au contraire la suppression trop brusque de l'alcool; d'autres fois, c'est un choc moral ou physique, un traumatisme, une maladie aiguë, etc. Mais cette cause est toujours secondaire et la cause essentielle de ce *delirium tremens* est toujours l'intoxication chronique par l'alcool, il n'y a que les alcooliques qui peuvent faire du *delirium tremens*. On comprend, dès lors, toute l'importance de cette manifestation morbide pour le diagnostic de la paralysie générale alcoolique.

Cet accès éclatera surtout dans le courant de la nuit, au début du sommeil, à ce moment vague où l'esprit, flottant

entre la veille et le sommeil, est si bien préparé pour les illusions et les hallucinations. Il est caractérisé par une agitation extrême, par l'impossibilité pour le malade de fixer son attention sur une idée, et par des hallucinations très marquées de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Ces hallucinations, empreintes d'un caractère terrifiant, portent souvent le malade aux actes les plus répréhensibles ; il se lève, s'emporte, déchire ses vêtements, repousse des objets imaginaires, lutte contre des animaux qu'il croit voir et sentir près de lui ou sur lui, se rue sur les personnes de son entourage qu'il prend pour des ennemis prêts à lui faire du mal. Il cherche alors à s'échapper, et pour le faire il se précipite contre les portes qu'il ébranle, contre les fenêtres qu'il brise et qu'il enjambe si personne ne l'arrête. Toute cette agitation nocturne se calme relativement lorsque le jour apparaît.

Cet accès peut être unique. Le plus souvent il reparaît souvent pendant plusieurs nuits consécutives. Dans ce cas, la persistance des accès peut masquer, pendant un certain temps, la paralysie générale, jusqu'à la disparition de ces symptômes bruyants qui peuvent cacher certains troubles musculaires.

Un autre mode de début de la paralysie générale alcoolique consiste en des *attaques apoplectiformes* ou *épileptiformes*. Ces attaques sont en général multiples et entraînent avec elles une accentuation de la démence et des troubles paralytiques. Elles sont également fréquentes dans la paralysie générale vraie, mais il est rare qu'elles constituent alors un symptôme de début. Leur apparition précoce a cependant été observée dans quelques cas, il est vrai, de folie paralytique ; dans ce cas, l'attaque est presque toujours unique.

D'autres fois, sans accès de *delirium tremens*, sans attaques épileptiformes, les malades entrent subitement dans la

paralysie générale par des troubles paralytiques localisés : à la suite d'un choc moral ou physique, ils sont pris de paralysies partielles portant sur un membre ou sur un groupe de quelques muscles. Puis, rapidement, ces troubles paralytiques se généralisent, mais restent toujours plus marquée sur les muscles qui ont été les premiers atteints. Il n'en est jamais ainsi dans la paralysie générale vraie où la paralysie porte d'emblée son action sur l'ensemble du système musculaire, où chaque muscle en particulier est atteint au même degré que tous les autres, et où la paralysie est lentement progressive.

Il n'est pas très rare de voir débiter la paralysie générale alcoolique par un accès franc de *manie alcoolique* avec sur-excitation intellectuelle et physique, hallucinations, etc. Il n'existe alors à ce moment aucun signe physique, si ce n'est peut-être du tremblement des extrémités, aucun signe démentiel. Cet accès est plus ou moins prolongé, en général il dure peu, et bientôt apparaissent les symptômes somatiques et intellectuels qui permettent de poser le diagnostic.

Tels sont les divers modes de début de la paralysie générale alcoolique. On voit combien ils diffèrent de ceux de la paralysie générale vraie; la différence n'est pas moins grande en ce qui concerne la marche ultérieure de la maladie.

Il peut arriver que les attaques apoplectiformes ou épileptiformes mettent un terme à la maladie à une époque assez rapprochée du début; ce sont les cas les plus rares. Ordinairement, lorsque la maladie suit son évolution complète et n'est pas enrayée par des rémissions, sa marche est très lente et l'on peut voir des malades qui, depuis dix ou douze ans, n'ont fait que de minimes progrès dans la paralysie. Il est loin d'en être ainsi chez les paralytiques généraux ordinaires, et si, par exception, on peut en rencontrer qui aient résisté un si grand nombre d'années, cela tient à ce qu'une

rémission est venue, pendant quelque temps, interrompre la marche de la maladie. Au contraire, dans les cas que nous envisageons, il n'y a pas eu rémission, mais évolution lente.

D'ailleurs, les rémissions sont fréquentes dans la paralysie d'origine alcoolique ; bien plus fréquentes que dans la paralysie ordinaire, elles sont aussi plus complètes et plus franches, et se maintiendraient sans nul doute indéfiniment si les alcooliques, une fois guéris, avaient le courage de renoncer à leurs habitudes.

Cette tendance vers la guérison est un des faits les plus remarquables dans l'évolution de la paralysie alcoolique, et l'on comprendra sans peine l'importance énorme de cette marche régressive au point de vue de la différenciation avec la paralysie générale vraie. L'évolution des deux maladies est absolument inverse : l'une mène sûrement à la mort ; l'autre, sous l'influence d'un traitement approprié, s'amende petit à petit ; les phénomènes parfois très graves du début s'apaisent progressivement ; les forces reviennent, les sphincters reprennent leur tonicité, l'intelligence reparait par degrés, et l'on voit, pour ainsi dire, renaître des malades que l'on aurait fatalement condamnés tout d'abord.

3° SIGNES FOURNIS PAR L'ÉTUDE DES SYMPTÔMES. — A côté de ces caractères évolutifs, il en est d'autres qui ressortent de l'étude attentive des symptômes et qui montrent qu'on peut et qu'on doit distinguer la paralysie générale alcoolique de la paralysie générale classique.

Ces caractères symptomatiques relèvent de la sensibilité, de l'intelligence, de la motilité et de la nutrition.

a) *Sensibilité.* — Il est rare, dans la folie paralytique classique, de constater des troubles de la sensibilité, et si parfois on voit survenir des anesthésies, ce n'est, dans tous les cas,

que tardivement. Dans la paralysie alcoolique, les troubles de la sensibilité font rarement défaut.

Ils sont de plusieurs ordres : au début, les douleurs de tête sont fréquentes et violentes, et s'accompagnent ordinairement d'un état vertigineux prononcé, mais à vrai dire c'est là un signe qui se rencontre aussi dans la paralysie générale classique, quoique moins fréquemment.

Un caractère plus important et qui vient imprimer le cachet de l'alcoolisme est le suivant. Il fait rarement défaut et consiste en des perversions de la sensibilité générale localisées aux extrémités et caractérisées par des sensations particulières. Ce sont des sensations de fourmillements, ou de picotements ; parfois, ce sont des secousses que les malades ressentent aux mêmes points. En général, ces sensations subjectives sont accompagnées d'anesthésie de la même portion du membre atteint, plus rarement la sensibilité cutanée est normale à ce niveau. Ces sensations se propagent plus ou moins haut à partir de l'extrémité des membres.

C'est là ce que certains auteurs ont désigné sous le nom de paralysies alcooliques des extrémités ; on en a décrit qui s'accompagnaient de paralysies et même d'atrophies musculaires très nettes (1). Ce qui domine le plus souvent, c'est l'élément douleur et l'anesthésie. Les malades rapportent très volontiers ces phénomènes douloureux à l'électricité et l'un des nôtres accusait et accuse encore le médecin de se livrer de temps en temps sur lui à des expériences au moyen de l'électricité.

Ces phénomènes douloureux ne sont pas continus ; ils apparaissent et disparaissent de temps en temps.

Dans certains cas, ils ne se limitent pas à la sensibilité cutanée, et dans nombre d'observations on remarque des dou-

(1) A. Vigouroux, *Gazette des hôpitaux*, 1891.

leurs viscérales. Fo., un de nos paralysés alcooliques, éprouvait des douleurs qu'il localisait dans l'abdomen et qu'il comparait aux douleurs que lui aurait occasionnées un appareil qu'il se figurait avoir dans le ventre.

Un autre paralysé alcoolique que nous avons observé attribuait ses douleurs viscérales à une pendule qu'il prétendait avoir dans l'estomac.

La sensibilité spéciale est encore, peut-être, plus fréquemment atteinte que la sensibilité générale.

Le sens de la vue est rarement épargné, et on retrouve ici les hallucinations visuelles de l'alcoolique non paralytique, ces hallucinations si mouvementées et si terrifiantes.

Dans quelques cas, elles revêtent un caractère plus spécial : Fo... voyait subitement disparaître les objets ou les personnes qu'il avait devant lui.

Les hallucinations de l'ouïe et du goût, quoique moins fréquentes, sont notées dans un grand nombre d'observations.

Toutes ces perversions sensorielles n'existent pas chez le paralysé ordinaire. Ce dernier dira bien qu'il a un estomac en or, en cristal, etc... ; mais c'est là une simple idée, qui ne sera pas basée sur des phénomènes douloureux comme chez l'alcoolique.

Ajoutons enfin à ces troubles sensitifs les douleurs de tête, les crampes et l'insomnie qui sont fréquentes.

b) *Intelligence.* — Le délire, dans la paralysie générale alcoolique est variable comme dans la paralysie générale vraie, mais il en diffère parce qu'il vient presque constamment se colorer d'une teinte spéciale due précisément aux hallucinations qui sont très rares dans la dernière. Le délire des grandeurs sera par exemple teinté de lypémanie ; dans d'autres cas, il revêtira une coloration spéciale due à des idées de persécution se rattachant aux perversions sensorielles, mais alors, au

lieu du délire des grandeurs, c'est plutôt un délire hypocondriaque qui prendra la note dominante.

Le délire mégalomaniacal de l'alcoolique est peut-être aussi moins niais et moins gigantesque que celui des paralytiques généraux ordinaires.

La démence, quelle que soit sa profondeur, n'est jamais aussi radicale et aussi irrévocable chez l'alcoolique que chez le dément paralytique vrai.

A part ces particularités qui se rattachent au fond de l'intelligence, M. le professeur Mairet en indique très justement une autre « qui se rattache à la manière d'être morale du paralytique alcoolique : c'est le mauvais caractère. Tandis que le paralytique général ordinaire est bon enfant, le paralytique alcoolique est irritable, agressif, méchant. »

c) *Motilité*. — La folie paralytique vraie n'aime pas les troubles parétiques localisés; nous avons vu qu'au contraire, dans la paralysie générale alcoolique, les troubles moteurs étaient, au début, le plus souvent localisés. Plus tard, même, lorsque la généralisation se sera produite, l'état parétique sera plus accentué sur les muscles qui auront été frappés les premiers.

C'est là un signe d'une grande importance, et que nous retrouverons, plus marqué encore, lorsque nous traiterons de la paralysie générale syphilitique.

Le tremblement des extrémités diffère aussi dans les deux cas : le tremblement alcoolique est caractéristique par la brièveté de ses oscillations verticales et sa rapidité ; celui du dément paralytique est plus large, beaucoup plus lent, et ses oscillations sont plus désordonnées.

A côté des troubles paralytiques, on constate de la roideur musculaire.

Le paralytique général alcoolique, au lieu d'être affaibli,

tassé sur lui-même, se tient au contraire raide; lorsqu'il marche, on voit ses muscles se contracter, rappelant ainsi ce qui se passe dans le tabes dorsal spasmodique. C'est un steppeur. En outre, ses mouvements ont quelque chose d'ataxique qui se remarque surtout bien lorsqu'on prie le malade d'exécuter un mouvement volontaire.

De plus, l'hyperexcitabilité musculaire et tendineuse est la règle, tandis qu'au contraire elle est l'exception dans la paralysie générale vraie.

Tous ces phénomènes étaient portés à un très haut degré chez les deux malades Fo... et B... dont les observations suivent.

L'inégalité pupillaire, qui manque quelquefois dans la paralysie générale ordinaire, est beaucoup plus fréquente chez l'alcoolique. De plus, chez ce dernier, les pupilles sont toujours très paresseuses, immobiles même. Leur ouverture est inégale, comme déchiquetée, dit Lacaille, et leur coloration plus terne qu'à l'état normal. Dans la folie paralytique, au contraire, les pupilles sont plus souvent contractiles et sensibles à l'action de la lumière.

d) *Nutrition.* — On peut rencontrer sous ce rapport, chez tous les paralytiques généraux alcooliques, les signes habituels de l'intoxication alcoolique chronique, tels que : coloration rouge du visage, teint couperosé, prononcé surtout aux pommettes et aux ailes du nez, embonpoint, teinte subictérique des conjonctives, etc....

Les troubles gastriques : vomissements, gastrorrhée, pyrosis, dyspepsie, doivent aussi fournir leur part dans le diagnostic.

Il faut savoir aussi que, malgré ces troubles et toutes choses égales d'ailleurs, la nutrition se maintient meilleure dans la paralysie générale alcoolique que dans la paralysie générale ordinaire.

Observation Première

(Service de M. le professeur Mairet)

Alcoolisme chronique. — Traumatisme. — Attaques épileptiformes. — Surexcitation maniaque. — Etat vertigineux. — Perversions sensorielles multiples. — Idées de grandeur, troubles paralytiques généralisés. — Rémission, puis nouveaux excès de boisson et rechute. — Nouvelle rémission se prolongeant depuis six ans.

Le nommé Fo... (Frédéric), cinquante-trois ans, est entré une première fois à l'Asile, dans le service de M. le professeur Cavalier. Voici le certificat rédigé à cette époque à l'entrée du malade, le 20 décembre 1885.

« Fo... présente incontestablement les signes d'une démence considérable et à tendance progressive. Il s'y joint un délire des persécutions d'ailleurs vague et mobile.

» Des symptômes de paralysie existent en outre positivement, mais la détermination de leur nature ne peut être encore précise.

« *Signé* : C. CAVALIER. »

Les renseignements puisés auprès de la femme du malade permettent d'affirmer que Fo... a fait des excès de boisson considérables et depuis très longtemps. Pas de syphilis.

A l'âge de dix-huit ans, il a commencé à faire quelques excès de boisson. Ces excès, peu marqués au début, sont devenus plus considérables depuis quelques années. Gros buveur d'absinthe, il absorbait aussi, chaque jour, de nombreux verres d'eau-de-vie. Dans ces derniers temps, il négligeait beaucoup son travail, auquel il s'était jusquelà livré avec ardeur, et rentrait chez lui, tous les soirs, ivre. Dans ces moments, il était d'une méchanceté extrême.

Il y a trois mois environ, il fit une chute de voiture, frappa de la tête sur le sol. Immédiatement après, il aurait eut la langue embarrassée. Quelques jours après, il a une attaque apoplectiforme, suivie d'hémiplégie (côté droit) qui disparaît bientôt.

Depuis ce temps, il a fréquemment des vertiges ; cet état vertigineux l'empêche de sortir.

Puis, sont survenues des idées de persécution. Il prétend qu'on veut se débarrasser de lui par le poison.

La nuit, il ne dort pas, s'agite, se lève et renverse tout dans sa chambre.

C'est alors qu'il entre à l'Asile, et que M. le professeur Cavalier constate un état de démence considérable et progressive, des idées de persécution liées à des perversions sensorielles et des troubles paralytiques.

Juin 1885. — Le malade a deux attaques épileptiformes dans la journée du 24.

Les troubles de la motilité sont plus accusés qu'à l'époque de l'entrée du malade. Les pupilles sont inégales, tout le côté gauche du corps est affaibli, tremblements considérables des extrémités. Il y a des troubles de la parole très marqués et une parésie de tout un côté de la face (côté gauche).

L'état vertigineux dont nous avons déjà parlé se maintient, et en 1886 le malade a encore deux attaques épileptiformes et une quatrième attaque au mois de juin.

Au mois de décembre 1886, M. le professeur Mairet formule le certificat suivant :

« Fo... présente les signes d'une aliénation mentale se traduisant plus particulièrement par de la démence, et des troubles paralytiques généralisés. Cette aliénation mentale qui se lie à une lésion organique du cerveau, d'origine alcoolique, a présenté à certains moments des poussées aiguës pendant lesquelles se produisent des attaques épileptiformes, un délire principalement caractérisé par des idées de grandeur et de persécution, et des hallucinations de différents sens ; le délire s'accompagne d'agitation et d'irritabilité.

« *Signé* : MAIRET. »

Peu à peu, et sous l'influence du traitement, tous ces troubles s'amendèrent, et M. Mairet put rendre le malade à la liberté par le certificat suivant :

« Fo... est entré à l'Asile le 19 décembre 1885, présentant les signes d'une aliénation mentale principalement caractérisée par un délire hallucinatoire, de la démence et des troubles paralytiques s'accompagnant d'attaques épileptiformes.

» Ces différents phénomènes se liaient à des lésions du cerveau de nature alcoolique. Les idées délirantes revenaient au début par pous-

sées aiguës. Sous l'influence du traitement, ces poussées se sont progressivement atténuées et ont même disparu depuis quelque temps ; il en est de même des attaques épileptiformes ; l'intelligence elle-même a repris beaucoup de sa netteté, et la démence, si apparente au début, est actuellement peu marquée ; enfin, les troubles paralytiques eux-mêmes, tout en persistant encore très nettement, se sont atténués. Bref, une amélioration importante s'est produite dans l'ensemble des manifestations qui traduisaient à l'extérieur l'aliénation mentale de Fo... Malheureusement la persistance des troubles paralytiques et d'un certain degré d'affaiblissement intellectuel prouve que les lésions cérébrales qui tenaient ces manifestations sous leur dépendance n'ont pas complètement disparu.

» De nouvelles poussées aiguës sont donc à prévoir, et ces poussées reviendront d'autant moins sûrement et d'autant moins vite que Fo... sera placé dans de meilleures conditions de milieu.»

Ce qui était prévu arriva : Fo... retourna à ses excès alcooliques et dut être réintégré au bout de deux mois.

Juin 1887. — A ce moment, le malade est vivement surexcité ; il récrimine, accuse le médecin de se livrer sur lui à des expériences électriques qui lui procurent des fourmillements dans les bras, dans les jambes, etc.

Il se plaint aussi de douleurs viscérales occasionnées par une machine qu'il aurait dans le ventre.

On lui fait boire de l'alcool dénaturé.

En même temps, il a des illusions et des hallucinations de la vue : il voit tout à coup se transformer et disparaître les objets ou les personnages qui sont devant lui ; il croit voir des éclairs et des objets brillants. L'ouïe est également atteinte, mais à un plus faible degré.

L'intelligence est affaiblie dans son fond, mais on ne remarque pas cette niaiserie du délire qui caractérise le paralytique classique.

L'atteinte à la motilité se traduit par de l'inégalité pupillaire, de la parésie d'un côté du corps et de la face, de l'hyperexcitabilité musculaire et tendineuse, du tremblement de la langue et des doigts, et du nasonnement pendant la phonation.

La sensibilité cutanée est diminuée aux extrémités des membres, dans les points qui correspondent aux sensations de brûlure et de picotement accusées par le malade.

Cet état reste stationnaire pendant quelques mois, puis une amélioration se produit, qui persiste depuis plusieurs années.

En mars 1893, voici ce que l'on constate : Dans les premiers temps de son second séjour, cet homme attribuait à l'électricité les sensations particulières qu'il éprouvait au niveau des membres. Depuis cinq mois environ, ces sensations ont à peu près disparu, et Fo... se demande si c'est bien à l'électricité qu'il fallait les attribuer.

A certains moments, Fo... devient plus surexcité et demande sa sortie.

Dans l'intervalle de ces accès, le malade est relativement calme, mais toujours facilement surexcitable.

Il ne juge pas sérieusement sa situation, surtout en ce qui concerne les causes de sa maladie. L'intelligence est affaiblie dans son fond ; cependant cet affaiblissement est peu apparent et bien moins considérable qu'à l'époque de son premier séjour.

Il ne se plaint plus d'aucune douleur, les sensations de picotement ont disparu ; il ne se plaint plus de secousse nulle part. Dans les mouvements des membres supérieurs et inférieurs, on ne retrouve pas de traces bien nettes de troubles paralytiques. Ce qu'on remarque, c'est de la brusquerie dans les mouvements ; la démarche se fait vivement et brusquement, comme s'il y avait du spasme musculaire.

Les extrémités étendues sont animées de mouvements réels, mais faibles.

Le malade peut aussi bien se tenir debout sur la jambe droite que sur la jambe gauche, mais il a quelque peine à prendre son équilibre. Les troubles de l'articulation des mots sont les plus nets et sont constitués surtout par du nasonnement et un peu de difficulté dans l'attaque.

La commissure labiale est entraînée à droite ; quand le malade ouvre la bouche, on voit les muscles zygomatiques et orbiculaires des lèvres animés de tremblements. Les pupilles sont sensibles à la lumière et à l'accommodation.

Examen ophtalmologique. — OD : papille pâle, vaisseaux grêles ; OG : staphylome supéro-interne léger ; taie de la cornée, myopie, papille un peu pâle.

La force musculaire est revenue dans les bras et dans les jambes ; le malade s'occupe journellement et sans fatigue à cirer diverses pièces de l'établissement.

Quand on fait marcher le malade tout nu, on constate un enraidis-

sement généralisé ; les membres inférieurs sont soulevés en un mouvement de steppage.

Il existe de l'hyperesthésie au niveau des malléoles, précisément aux points où l'on avait constaté autrefois de l'anesthésie. Le malade ne localise pas très exactement les diverses sensations de piquûre.

Hyperexcitabilité tendineuse et musculaire énorme.

Examen des organes. — Cœur : dureté du premier bruit, au niveau de l'orifice mitral ; claquement du deuxième bruit, au niveau de l'orifice aortique.

Artères : un peu d'artério-sclérose.

Foie : plutôt augmenté de volume que diminué.

Rien à la rate ; rien aux poumons.

En somme, une rémission très considérable s'est produite, et actuellement, si le malade pouvait être placé dans un milieu qui lui permit de ne pas recommencer ses excès de boisson, il est probable qu'il pourrait parfaitement vivre au dehors pendant de longues années encore.

Observation II

(RÉSUMÉE)

(Service de M. le professeur Mairét)

Alcoolisme chronique. — Paralyse généralisée. — Rémission durant depuis douze ans.

F... (Joseph), facteur des postes, âgé de quarante-sept ans, entre à l'Asile, le 15 septembre 1880.

Antécédents. — Excès continuels d'absinthe depuis de longues années. Pas de syphilis. Constitution très robuste. Pas d'antécédents héréditaires fâcheux, autres que des excès alcooliques chez les collatéraux. Affaiblissement des forces génésiques.

Est pris subitement d'aliénation mentale, par un accès de delirium tremens, à la suite duquel il manifeste des idées de grandeur.

A son entrée, il présente très nettement les signes de la paralyse générale.

Trois mois après, il a des vertiges et quelques attaques épileptiformes. Consécutivement, la paralysie se prononça davantage, et à ce moment il pouvait à peine marcher.

Peu à peu, ces phénomènes diminuèrent d'intensité, et une rémission se produisit, qui dure depuis douze ans. La démence, le délire et les troubles paralytiques n'ont fait que peu de progrès depuis ce temps.

Excitation et irritabilité excessives.

Hyperexcitabilité musculaire et tendineuse énormes. Enraidissement musculaire.

Observation III

(RÉSUMÉE)

(Service de M. le professeur Mairét)

Alcoolisme chronique. — Paralysie généralisée. — Rémission

B... (Alexandre), tailleur de pierres, âge de quarante-huit ans, est entré à l'Asile, le 6 avril 1886.

Alcoolique invétéré.

Début par une attaque apoplectiforme. Plus tard, agitation nocturne considérable; hallucinations de la vue et de l'ouïe. Délire des grandeurs, qui ne s'élève pas cependant dans une sphère très élevée : il est le premier des ouvriers de son métier et gagne ainsi beaucoup d'argent. L'établissement lui appartient, du moins tant qu'il restera ici.

Troubles de la motilité très nets : chute de la paupière droite ; commissure labiale entraînée du côté gauche. Affaiblissement musculaire généralisé, accompagné d'enraidissement ; le malade marche tout d'une pièce et steppe en marchant.

Irritabilité considérable ; il est continuellement en colère.

Démence assez avancée.

Cet état est stationnaire depuis plus de cinq ans ; il s'est même produit depuis ce temps une sorte de régression qui permet au malade de s'occuper dans la maison et de travailler une grande partie de la journée de son dur métier de tailleur de pierres.

Observation IV (1)

Paralysie générale alcoolique. — Seize rémissions, seize rechutes

D..., âgé de vingt-huit ans, entre pour la première fois à l'asile de Sainte-Anne, le 9 août 1870, accompagné des deux certificats suivants :

Certificat de la Préfecture de police. — « Démence paralytique. Affaiblissement intellectuel ; conceptions délirantes ambitieuses ; embarras de la parole.

« D^r LEGRAND DU SAULLE. »

Certificat immédiat. — « Paralysie générale. Affaiblissement des facultés mentales ; amnésie, incohérence, sourire de satisfaction. Embarras de la parole, tremblement de la langue et des mains, céphalalgie, étourdissements, crampes ; anciens excès alcooliques. Conscience incomplète de ses actes. Ne jouit pas de sa liberté morale.

« D^r GIRARD DE CAILLEUX. »

Depuis cette époque jusqu'à sa dernière séquestration (1^{er} février 1882), D..., quinze fois traité et guéri dans les asiles, y est quinze fois revenu. Rendu à la liberté, il reprenait ses habitudes alcooliques, volait, commettait des actes extravagants et devait être chaque fois réintégré dans un asile dans un état mental en tout semblable à la paralysie générale.

Ce malade n'est pas, du reste, sans avoir quelques antécédents héréditaires.

Son grand-père paternel, ancien soldat du premier empire, et son père, aubergiste, grands buveurs, sont morts tous les deux d'un coup de sang, l'un à soixante et un ans, l'autre à quarante-huit ans.

Des seize autres enfants de son père, neuf sont morts en bas âge et de convulsions. Lui-même a eu des convulsions à l'âge de treize ans. Pas d'autres affections graves dans sa vie, si ce n'est *une blessure légère à la tête* dans un combat pendant la guerre de 1870. Jamais de chagrin ni d'ennui ayant pu influencer sur son état mental.

En 1870, premier accès d'alcoolisme, revêtant dès l'abord, ainsi

(1) Régis, *l'Encéphale*, janvier 1883.

qu'on a pu le voir par les certificats rapportés plus haut, tous les caractères physiques et intellectuels de la paralysie générale.

A ces symptômes sont venus se joindre, à chaque accès, des signes non moins manifestes d'alcoolisme subaigu (insomnie, rêves, terreurs, cauchemars, visions d'animaux, peur d'être poursuivi, panique, tremblements, crampes).

Les symptômes de paralysie générale n'ont pas été moins nets. Cinq aliénistes des plus compétents (1) ont formulé, en effet, à différentes reprises, le diagnostic de paralysie générale, et un sixième déclara, dès 1871, le malade comme tendant à cette affection (Magnan).

En effet, dès son premier accès, D... présente de l'embarras marqué de la parole, de la faiblesse musculaire, de l'inégalité des pupilles, des conceptions ambitieuses incohérentes, de l'affaiblissement intellectuel, de la diminution du sens moral, une tendance marquée aux vols absurdes et à l'évasion. A chaque reprise, les mêmes symptômes se reproduisent. C'est plus qu'il n'en faut, je crois, pour justifier le diagnostic de paralysie générale tant de fois inscrit dans les certificats délivrés à chaque nouvelle séquestration du malade, certificats qu'il eût été trop long pour nous de reproduire. Nous nous bornerons à transcrire ceux de la dernière entrée.

SEIZIÈME SÉQUESTRATION (1^{er} FÉVRIER 1881)

Certificat de la Préfecture. — « Alcoolisme chronique. Déjà interné quinze fois. Hémiplegie incomplète. Faiblesse d'intelligence. Arrêté emmenant une voiture du marché. Hébétude. Répond à peine.

» D^r LASÈGUE. »

Certificat immédiat. — « Alcoolisme chronique avec symptômes de paralysie générale. Entré comme paralytique général en 1870. Depuis lors, seize rechutes. Embarras de la parole, tremblement très prononcé de la langue et des mains. Affaiblissement intellectuel. Évadé de Bicêtre.

» D^r RÉGIS. »

Les idées de grandeur manifestées par le malade ont été, comme elles le sont dans la paralysie générale, absurdes, mobiles, contradic-

(1) Lasègue, Voisin, Legrand du Saulle, Girard de Cailleux, Régis.

toires, incohérentes. D... disait qu'il allait devenir millionnaire, fonder des établissements de toutes sortes, avoir des écuries et des chevaux magnifiques, etc., etc. Un jour il entre au café Riche, s'en croyant le propriétaire, et dit d'un ton de maître à la caissière qu'elle peut partir, qu'il n'a plus besoin de ses services. Comme elle résistait, il s'est emporté et a cassé les glaces. Arrêté pour ce fait.

Quant aux symptômes de démence, ils ont été très manifestes dès le début. L'affaiblissement intellectuel est noté dans la plupart des certificats, et l'état de démence et de paralysie dans lequel se trouvait D... était si nettement caractérisé que M. Legrand du Saulle a pu écrire en octobre 1872 : *Démence paralytique déjà très avancée.*

Deux points particuliers doivent nous intéresser dans la marche des phénomènes morbides chez le malade. On a vu qu'à partir du neuvième accès sont survenus des accidents épileptiques, qui sont signalés notamment dans les certificats relatifs aux neuvième, dixième, onzième et surtout douzième séquestrations, et qui sont considérés par tous les médecins comme de nature alcoolique. Ces accidents disparaissent bientôt avec la même facilité que les autres symptômes de démence et de paralysie, mais font place bientôt à un autre ordre de phénomènes, à des accidents apoplectiques qui se traduisent par une hémiplégie droite, qui elle-même disparaît en laissant de ce côté une certaine faiblesse musculaire.

Lors de son entrée à la clinique, au mois de février 1882, D... présentait tous les symptômes d'une démence paralytique avancée. Je dis démence, car cette fois il ne manifestait pas d'idées ambitieuses. Il était comme abruti et semblait plongé dans la démence la plus profonde. Son embarras de la parole, à caractère ataxique et s'accompagnant de mouvements spasmodiques des lèvres et de la langue, était tel qu'il pouvait à peine arriver à se faire comprendre. Les pupilles étaient inégales, le tremblement des extrémités très marqué et la faiblesse des membres très accusée, surtout à droite.

Un mois après, D... commençait à travailler à la cuisine de Sainte-Anne. A ce moment, l'embarras de la parole et les tremblements sont bien moins accusés, la faiblesse musculaire commence à disparaître et la démence elle-même se dissipe. L'intelligence est plus ouverte, quoique encore un peu affaiblie. Les divers organes sont sains. Le cœur ne présente rien de particulier, les artères sont dures, mais

l'athérome n'est point très marquée. Les pupilles sont très resserrées et légèrement inégales.

Le symptôme qui persiste le plus est l'affaiblissement du côté droit. On sait que, l'année précédente, D... avait eu une attaque apoplectique, suivie d'hémiplégie droite avec aphasie pendant cinq semaines, état gâteux et insensibilité absolue.

Tous ces accidents avaient disparu peu à peu, à part la faiblesse du côté droit, qui avait persisté à un certain degré. Au dynamomètre, la main droite produisait 30 kilogr. de force de moins que la main gauche.

Petit à petit, les symptômes de paralysie générale que présentait le malade ont disparu entièrement; il ne reste plus rien de l'embarras de la parole, du tremblement, de la démence, de la paralysie. Tout est rentré dans l'ordre et, à part un très léger degré de faiblesse musculaire à droite et un certain défaut de vivacité intellectuelle, D... est dans un état absolument normal, à ce point que, malgré ses seize rechutes, force nous est de le rendre enfin à la liberté.

Il sort le 14 juin 1882.

Voilà donc un malade qui déjà, en 1870, présentait tous les symptômes de la méningo-encéphalite diffuse, qui a été considéré à ce moment comme paralytique général par tous les médecins qui l'ont examiné, et qui a passé sa vie à démentir le pronostic fâcheux porté sur son compte. Seize fois il a présenté tous les signes de la paralysie générale et seize fois il a guéri, et à l'heure actuelle il est tout aussi éloigné de la démence paralytique terminale qu'au début de sa carrière pathologique.

II

PARALYSIE GÉNÉRALE SATURNINE

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de paralysie générale saturnine.

Cette affection est, en effet, assez rare. Cependant, les quelques observations qui ont été publiées permettent de s'en faire une idée et de grouper en un faisceau important les éléments du diagnostic.

Devouges, Bourdesol, etc., qui ont décrit la paralysie générale saturnine, l'avaient considérée comme identique à la paralysie générale vraie; mais des faits plus récents montrent, contrairement à cette opinion, que le plomb ne produit pas la paralysie générale vraie, mais un état qui en emprunte le masque sans en avoir la marche et le pronostic.

Tout d'abord, cette paralysie générale se distingue de la paralysie ordinaire par de nombreuses différences dans les symptômes communs aux deux maladies et par l'existence concomitante des signes de l'intoxication plombique.

Ces différences doivent être étudiées aux trois périodes de la maladie:

1° A la période de début, qu'on pourrait appeler période d'excitation;

2° A la période d'état, caractérisée principalement par la

généralisation plus ou moins rapide, plus ou moins complète des troubles paralytiques ;

3° A la période terminale ou d'amélioration graduelle.

1° PÉRIODE DE DÉBUT. — D'après les observations que nous avons examinées, le début est brusque ou tout au moins assez rapide. Le plus souvent, les malades, en traitement pour des accidents saturnins, sont pris subitement d'un accès de délire plus ou moins intense. Un des premiers symptômes est une excitation considérable avec délire violent.

Le début de la paralysie générale vraie est tout autre ; elle s'installe sournoisement et lentement.

Parfois les premiers symptômes sont des attaques épileptiformes, et le début ressemble alors à celui des paralysies générales alcoolique ou syphilitique.

Très souvent, à cette période, les malades ont des cauchemars, des hallucinations de la vue terréifiantes. Ces hallucinations, qui sont un des symptômes les plus constants, sont au contraire très rares dans la paralysie générale ordinaire.

Mais à la vérité, à côté de ces cas, il en est d'autres où les symptômes se rapprochent davantage de ceux de la paralysie générale ordinaire ; le début est marqué par des modifications de caractère, et il est assez lent. Cependant, même dans ces cas, les autres signes de l'intoxication saturnine font rarement défaut et le diagnostic de nature reste toujours possible.

Cette période de début, plus ou moins marqué d'ailleurs, dure parfois plusieurs jours, huit jours, dix jours ; mais, dans quelques cas, elle n'a duré qu'un jour ou deux ; dans d'autres enfin c'est à peine si on peut la reconnaître. Les malades arrivent d'emblée à la période d'état de la maladie, et c'est là encore un signe différentiel.

Quoi qu'il en soit, on remarque bientôt une certaine faiblesse musculaire, un certain embarras de la parole et de l'affaiblis-

sement de l'intelligence. Les malades sont stupides, hébétés ; leurs nuits sont souvent agitées par un délire violent lié à des hallucinations sur lesquelles nous avons déjà insisté.

2° PÉRIODE D'ÉTAT. — La première période dure peu, et bientôt commence la période de généralisation des *troubles parétiques* et d'accentuation de la démence. En peu de temps, les malades arrivent au dernier degré de la déchéance physique et intellectuelle.

L'embarras de la parole est beaucoup plus accentué qu'au début, et parfois il n'y a plus qu'un bredouillement impossible à comprendre. C'est là un signe qui paraît toujours plus accentué que dans la paralysie générale vraie. Dans cette dernière, en effet, au début de la maladie, et même à une période assez avancée, il faut parfois rechercher les troubles de la parole en faisant réciter au malade quelques phrases qu'il sait par cœur. Dans la paralysie générale saturnine, au contraire, c'est un signe tellement accentué, que l'on a souvent de la peine à comprendre les malades.

Dans une de ses observations, Devouges compare cette prononciation à celle d'une personne qui sort de l'eau en claquant des dents.

Le tremblement est encore un des symptômes communs aux paralysies générales ; celui de la paralysie générale saturnine est, au dire de ceux qui l'ont observé, plus généralisé, plus prononcé, et débute souvent par les membres supérieurs avant de s'étendre aux autres parties du système musculaire.

Les troubles parétiques, qui, dans la paralysie générale vraie, sont généralisés d'emblée et portent d'une façon à peu près égale sur tous les muscles, sont parfois localisés à quelques muscles, sous forme de monoplégie, d'hémiplégie, de paraplégie, dans la paralysie saturnine. Quelquefois, ils envahissent rapidement tout le système musculaire, mais alors ils

arrivent presque dès le début à leur summum, ce qui ne se produit pas dans la folie paralytique vraie ; le plus fréquemment, le saturnin à son entrée est gâteux, abruti, incapable de se tenir debout.

L'inégalité pupillaire manque quelquefois, et quand elle existe elle est moins fugace que dans la paralysie générale vraie.

Les troubles de la sensibilité sont assez rares chez le fou paralytique ; chez le saturnin, ils sont notés chaque fois qu'on les a cherchés, et ils consistent presque exclusivement en de l'anesthésie, surtout de l'anesthésie à la douleur.

Dans l'ordre intellectuel, les différences ne manquent pas non plus. Dans la paralysie générale ordinaire, les troubles de l'intelligence, d'abord peu marqués, s'accroissent peu à peu et suivent une marche progressive. Dans la paralysie générale saturnine, cette démence se montre au contraire rapidement avec la plus grande intensité et semble, au premier abord, dominer tout l'ensemble de la situation.

Le délire, à part l'excitation du début, paraît également plus effacé, et plus tôt effacé.

Les malades paraissent plutôt hébétés, ils restent immobiles, ne paraissant rien comprendre et pouvant à peine dire leur nom.

Enfin on peut encore, comme pour la paralysie générale alcoolique, signaler des différences dans le caractère des malades : le plus souvent, le paralytique général ordinaire est un être doux, bienfaisant, humain, rempli de bonté, toujours soumis et toujours disposé à distribuer au premier venu les titres et les richesses dont il dispose. Au contraire, le saturnin, dès qu'il sort de son abrutissement, est grossier, égoïste et méchant.

3^e PÉRIODE D'AMÉLIORATION. — Cette période, qui va nettement différencier la vraie paralysie générale de la paralysie générale saturnine, se produit plus ou moins tôt suivant l'intensité de l'intoxication.

D'après Meyer (1), il y a parfois au commencement de cette troisième période des vertiges épileptiformes. Au moment où, le plomb s'étant éliminé, la maladie arrive à cette période, les idées se font jour et peu à peu l'amélioration s'accroît. La paralysie elle-même diminue, et cette diminution porte d'abord sur les muscles qui ont été les derniers à se paralyser. Bientôt la parole devient moins embarrassée ; le gâtisme, s'il existait, disparaît.

C'est à ce moment d'amélioration que le caractère s'empreint d'irritabilité et de méchanceté.

L'intelligence ne tarde pas à s'éclaircir. Il s'en faut certainement que les malades recouvrent entièrement leur portée intellectuelle ; ils ont laissé quelques cellules cérébrales à la bataille, mais il leur en reste assez pour pouvoir vivre au dehors dans des conditions assez favorables.

On voit quelle différence énorme cette troisième période présente avec la troisième période de la paralysie générale vraie. Dans un cas, c'est la guérison presque absolue ; dans un autre, c'est la mort à brève échéance.

Cependant, la marche de l'affection n'est pas toujours aussi heureuse : si l'élimination du plomb tarde à se faire, des lésions irrémédiables pourront se produire, les troubles paralytiques et la démence deviendront persistants, et le malade succombera plus ou moins tôt à la façon des déments paralytiques ordinaires.

Dans d'autres cas, ils sont emportés plus rapidement par une attaque apoplectiforme ou épileptiforme.

(1) Meyer, Thèse de Paris, 1882.

Nous avons vu quelles sont les nuances que l'on observe dans les divers symptômes communs aux deux maladies; nous avons vu également que, si le diagnostic reste hésitant, c'est la marche de l'affection qui vient lever les doutes. Il nous reste à ajouter que, naturellement, dans la paralysie générale saturnine, il existe des signes concomitants de l'intoxication saturnine. Il nous suffira de les rappeler ici.

Ces signes, on le sait, sont de deux ordres, somatiques et intellectuels. Dans le premier ordre, on devra rechercher : 1° le liseré gingival, la teinte terreuse de la peau, les douleurs abdominales; 2° la céphalalgie, les vertiges; 3° les crampes, les fourmillements, les névralgies, les anesthésies ou hyperesthésies partielles, les arthropathies, les paralysies (extenseurs des doigts), les attaques épileptiformes.

Dans l'ordre intellectuel : les hallucinations, les cauchemars, les idées de persécution, l'insomnie, sont des signes d'une grande valeur.

Dans quelques cas, et c'est ici une difficulté de diagnostic, une paralysie générale vraie peut survenir chez un saturnin. Avec un peu d'attention on pourra éviter l'erreur. La marche des accidents montrera que la paralysie et l'intoxication saturnine sont indépendantes.

En effet, le malade étant soumis à un traitement et étant soustrait à l'action toxique du plomb, les symptômes d'intoxication diminueront, disparaîtront même, tandis que la paralysie générale suivra sa marche progressive et fatale vers la mort. Dans la paralysie générale d'origine saturnine, les symptômes de la paralysie et ceux de l'intoxication sont connexes et s'amendent parallèlement.

Observation V

(RÉSUMÉE)

(Régis, *Annales médico-psychologiques*)

Saturnisme chronique. — Symptômes de paralysie générale à la troisième période. — État des plus graves, faisant craindre une mort imminente. — Guérison se maintenant depuis trois ans.

P..., ouvrier cérusier, cinquante et un ans, entre à Sainte-Anne, venant de l'Hôtel-Dieu, où il était en traitement pour des accidents saturnins.

Nous avons appris que le malade était entré dix fois dans divers hôpitaux pour des accidents de même ordre. A dater du sixième accès, la tête s'est prise et il est survenu du délire, chaque fois un peu plus violent. Il est absolument certain que P... n'a jamais fait d'excès alcooliques.

A son arrivée, le malade est dans un tel état d'anéantissement que l'on doit le porter à l'infirmerie. Il est paralysé, gâteux, hébété ; sa parole est inintelligible et il ne peut faire aucun mouvement.

OBSERVATION MÉDICALE. — Démence avec paralysie générale. Affaiblissement intellectuel, perte de la mémoire, nulle conscience de ses actes ; faiblesse musculaire générale et des plus accentuées ; tremblements des mains. Agitation nocturne. Pupilles égales ; parole extrêmement embarrassée. Liseré de Burton très marqué ; teinte terreuse de la peau, etc....

Au mois de mai, c'est-à-dire trois mois après son arrivée, le malade est debout. Il peut marcher, ne gâte plus. A ce moment, P... eut des vertiges épileptiformes. Il sentait quelque chose qui lui montait des membres à la tête ; un nuage passait sur ses yeux et il perdait connaissance pendant une ou deux minutes. Ces accidents n'ont pas reparu depuis.

A dater de cette époque, l'amélioration s'est accentuée ; la force musculaire est revenue, le tremblement a diminué ; la parole s'est affermie en même temps que les facultés intellectuelles reprenaient leur libre exercice. Cependant, l'embarras de la parole a persisté encore pendant quelque temps.

Au mois d'août, les quelques symptômes qui persistaient encore

ont fini par disparaître, et aujourd'hui le malade ne conserve plus le moindre trouble physique ou intellectuel.

Observation VI

(RÉSUMÉE)

(Devouges)

Intoxication saturnine. — Symptômes de paralysie générale. — Autopsie

P... (Gilles), quarante-cinq ans, peintre en bâtiments. Caractère vif. Léger degré d'alcoolisme. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Quelques coliques, à différentes reprises, ont précédé de plusieurs mois les accidents.

Il y a deux ans, changement dans le caractère ; irritabilité. Quelques idées de tristesse.

Tremblements dans les membres ; pas d'embarras de la parole.

Plus tard, peu de temps avant son internement, se manifeste l'agitation avec incohérence. Le malade se lève la nuit pour dégrader son appartement, casser les carreaux, clouer des planches contre les murs sans aucune raison.

Il entre à l'asile dans cette agitation.

On remarque alors un délire des grandeurs très net : il gagne 500 fr. par jour ; il est Napoléon, Louis-Philippe, etc...

Parole traînante, hésitée, accompagnée de tremblements des lèvres et de la face. Tremblements intermittents dans les membres supérieurs.

La sensibilité paraît atteinte et on peut le pincer et le piquer très vigoureusement sans qu'il manifeste la moindre douleur.

Les organes des sens paraissent intacts. Pas de liseré bien marqué.

Cachexie rapide ; refus d'alimentation. Mort quatre mois après son entrée, avec des symptômes de congestion cérébrale.

AUTOPSIE. — Méninges épaissies et infiltrées de sérosité sanguinolente, adhérentes par plaques. Les cavités centrales ne présentent rien de particulier. La substance du cerveau est plus foncée qu'à l'état normal et présente un piqueté assez abondant.

Observation VII

(RÉSUMÉE)

Devouges)

Intoxication saturnine. — Délire, troubles paralytiques, démence. — Autopsie

L..., quarante et un ans, peintre en bâtiments.

Père mort d'une attaque d'apoplexie. Mère vivante, bien portante, mais irritable.

Lui-même a toujours été bien portant jusqu'à l'apparition de coliques de plomb, il y a quatre mois. Pas d'excès alcooliques.

Quatre mois avant son entrée, il ressentit les premières coliques, et, en même temps, son caractère se modifia, il devint très irritable. Les idées mélancoliques dominent : il redoute des malheurs qui doivent s'apesantir sur sa femme.

Quelques jours après le début des accidents, il a trois attaques épileptiformes consécutives. A partir de ce moment, il devient apeuré, et un délire professionnel se manifeste : il veut repeindre complètement sa maison.

Troubles paralytiques du langage ; tremblement des extrémités, affaiblissement musculaire qui s'étend peu à peu jusqu'aux membres inférieurs.

La sensibilité paraît conservée.

La peau est pigmentée par places. Liseré gingival très net.

Quelques jours plus tard, nouvelles séries d'attaques épileptiformes, puis cinq ou six attaques semblables se succèdent dans l'espace de deux ou trois jours.

A la suite de ces attaques se manifestèrent les premières lésions de la sensibilité, qui consistèrent en une anesthésie presque complète et générale.

Hallucinations de la vue sous forme de fantômes.

Embarras de la parole. Les membres supérieurs paraissent beaucoup plus affaiblis que les inférieurs. Myosis.

Démence presque complète.

Nouvelles attaques épileptiformes. Mort. La maladie avait duré une année.

AUTOPSIE. — Congestion passive des vaisseaux de la convexité. Arachnoïde épaissie entraînant avec elle des plaques de substance grise. Les surfaces internes de chaque hémisphère sont unies l'une à l'autre, au-dessus du corps calleux, par une matière glutineuse rosée. Le ventricule latéral droit est plein de sérosité ; le gauche ne contient pas de liquide. Pas de granulations épendymaires.

Observation VIII

(RÉSUMÉE)

(Devouges)

Pseudo-paralysie générale saturnine. — Guérison

Fou... (Désiré), cinquante-cinq ans, peintre en bâtiment.

Entre à Bicêtre avec le certificat suivant : « Fou... , déjà traité à Bicêtre ; manie intermittente. *Signé* : Lasègue. »

Depuis quelques années il avait ressenti des coliques et des accidents cérébraux qui avaient nécessité plusieurs fois son internement à quelques mois d'intervalle.

Chaque fois, après un accès d'agitation maniaque, il avait été rendu à la liberté. Cette fois, des symptômes plus alarmants se montrèrent.

La peau de la face présente bien manifestement la teinte spéciale aux intoxications saturnines ; un liseré très foncé s'étend sur les gencives et sur les dents, jusqu'à une assez grande distance de leur ligne d'implantation.

Délire des grandeurs très prononcé, il possède plus de 300 millions.

Les troubles de la parole sont manifestes, les lèvres tremblent. Le tremblement est d'ailleurs généralisé. L'intelligence est affaiblie.

La sensibilité est modifiée ; le malade sent très bien de légères piqûres, mais il faut le pincer très vigoureusement pour qu'il manifeste de la douleur.

Trois semaines après son entrée, après quelques jours de fièvre liée à un état gastro-intestinal, son état mental se modifie heureusement, et il sort guéri quinze jours après.

III

PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE

La syphilis cérébrale ne peut pas donner naissance à la paralysie générale classique (1) ; mais nous avons vu, dans la première partie de ce travail, que, dans la très grande majorité des cas, si elle n'est pas soumise au traitement, elle aboutit à la paralysie généralisée. D'après M. le professeur Mairet, c'est là son évolution naturelle, lorsqu'elle se complique d'aliénation mentale. Elle peut alors revêtir le masque de la paralysie générale vraie.

Il s'ensuit que, chaque fois qu'on se trouvera en présence d'un malade présentant des symptômes de paralysie générale, on devra se méfier et se demander s'il ne s'agit pas d'un syphilitique.

Ceci est important, car ici, plus encore que dans les paralysies alcoolique et saturnine, un traitement approprié et institué à temps peut amener la guérison.

Mais existe-t-il des signes qui puissent conduire au diagnostic ?

Il est bien certain qu'il ne suffit pas de constater l'existence d'une syphilis plus ou moins ancienne chez un paralytique pour affirmer la spécificité de la maladie. Il faut donc chercher ailleurs.

Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur ce qu'ont publié les

(1) Mairet, *loc. cit.*

auteurs à ce sujet pour remarquer qu'une grande confusion règne encore dans la question. C'est presque exclusivement sur le côté symptomatique que ces auteurs ont cherché à établir des caractères différentiels. Voici comment on peut résumer ces derniers.

La paralysie générale syphilitique (pseudo-paralysie générale de Fournier) se sépare de la paralysie générale vraie :

En ce que le délire est souvent effacé ; que le délire des grandeurs manque très fréquemment, ou est très peu marqué quand il existe (Fournier) ;

La démence atteint ici un très haut degré, et la perte de la mémoire est plus profonde que dans la paralysie générale vraie ;

Les troubles de la motilité sont souvent localisés dès le début et portent principalement sur les muscles de l'œil ;

La marche de la maladie est plus rapide, et la cachexie plus précoce ;

Les troubles médullaires, la paraplégie, par exemple, sont ici plus fréquents ;

La guérison peut survenir à la suite du traitement spécifique.

Toutes ces différences symptomatiques sont, à notre avis, insuffisantes ; elles ne permettent d'ailleurs le diagnostic qu'à une époque où la maladie très avancée est devenue bien souvent incurable.

M. le professeur Mairé a montré combien plus importantes sont celles qui résultent de la marche de la maladie et de son évolution.

Nous ferons de nombreux emprunts aux leçons de notre Maître dans le cours de ce chapitre.

Et d'abord, il faut reconnaître que si parfois, la généralisation de la paralysie une fois établie, l'aliénation mentale syphilitique ressemble à s'y méprendre à la paralysie générale,

il est des cas où « cette ressemblance est trop grossière pour qu'on ne soit pas amené sans difficulté à distinguer les deux maladies. Dans ces derniers cas, il est impossible, tant les variétés individuelles sont considérables, de tracer un tableau d'ensemble. La seule chose qui reste constante, c'est la démence et la généralisation de la paralysie. Sur cette paralysie généralisée peuvent se greffer les symptômes les plus divers. Cependant, ces symptômes s'expriment de telle sorte qu'ils font immédiatement penser à la syphilis. Ainsi les troubles oculaires, l'hémiplégie, les paralysies localisées, etc. »

Dans d'autres cas, la paralysie généralisée syphilitique se présente avec toutes les allures de la paralysie générale vraie ; il faut alors baser le diagnostic :

1° Sur l'évolution de la maladie à la période où la paralysie générale n'était pas encore constituée : a) *période prodromique* ; b) *période de début* ;

2° Sur la symptomatologie.

I. Évolution de la maladie. — a) PÉRIODE PRODROMIQUE.

— Nous avons déjà rappelé combien est vague la période prodromique de la paralysie générale vraie. Celle-ci s'installe sournoisement, lentement, et la scène s'ouvre par des modifications du caractère, de la mémoire, modifications peu bruyantes. Dans cette maladie, il y a bien quelquefois des ictus ; mais, outre qu'ils n'apparaissent le plus souvent qu'aux dernières périodes, ils sont incomplets, les parésies qu'ils entraînent sont transitoires et ils sont toujours suivis d'un progrès dans l'affaiblissement intellectuel.

Dans la paralysie générale syphilitique, il y a des symptômes bruyants immédiats. Ce sont les troubles moteurs et sensitifs de la syphilis cérébrale à son début.

Les symptômes sensitifs font rarement défaut à cette période. Le plus important d'entre eux est la céphalée. Ces dou-

leurs de tête précèdent souvent les attaques épileptiformes et se reproduisent pendant leur intervalle; elles présentent de plus quelques caractères particuliers. Elles ne constituent pas, en effet, une véritable céphalalgie, mais une céphalée continue, opiniâtre, consistant en une douleur fixe, circonscrite. Cette douleur continue s'exagère à certains moments, la nuit surtout, sous l'influence de la chaleur du lit, diminuant en général pendant la journée à une température moyenne et pendant les exercices. L'exaspération du phénomène par la chaleur du lit a paru aux yeux de quelques auteurs un signe assez important pour faire diagnostiquer la nature syphilitique de la céphalée.

Rien de semblable dans la méningo-encéphalite diffuse. Chose remarquable, cette maladie, qui porte si profondément son action sclérosique sur le cerveau, s'accompagne rarement de céphalalgie. Ce symptôme manque dans la très grande majorité des cas, et lorsque, par exception, il existe, cette céphalée est peu vive; c'est plutôt de la pesanteur, une sorte de gêne répandue sur toute la surface cérébrale ou fixée en un point que les malades connaissent mal et n'indiquent le plus souvent que si on les interroge avec obstination sur ce point spécial.

A côté de la céphalée, on constate assez souvent des douleurs périphériques localisées de préférence au niveau des articulations; ces douleurs sont intermittentes, reparaissent sous forme de crises douloureuses avec les mêmes caractères que la céphalée.

Comme dans l'ataxie locomotrice, on rencontre assez souvent des *crises viscérales* douloureuses à cette période de la paralysie générale syphilitique.

A noter également les troubles de la sensibilité spéciale: ambliopie, amaurose, surdité, etc...

Les symptômes moteurs sont de plusieurs ordres. Ils peuvent consister simplement en un état vertigineux lié à des troubles circulatoires du cerveau. Cet état est parfois intermittent, c'est une sorte de claudication intermittente du cerveau ; d'autres fois il est au contraire extrêmement persistant et mérite le nom d'*état subvertigineux habituel* que lui a donné M. Fournier.

Les attaques syncopales et comateuses ont été signalées également.

Mais les troubles moteurs les plus importants et les plus significatifs sont les accès d'épilepsie jaksonienne, dans lesquelles les convulsions sont limitées à une partie du corps, à un groupe musculaire, et dans lesquelles il n'y a pas perte de connaissance.

La seule constatation d'une attaque de ce genre doit faire immédiatement penser à la syphilis.

Dans quelques cas, ces attaques partielles finissent, au bout d'un certain temps, par se généraliser et par s'accompagner de perte de connaissance.

Parfois aussi, dès le début, la paralysie générale syphilitique s'accompagne d'accès épileptiques qui revêtent tous les caractères de l'épilepsie névrose. C'est l'épilepsie syphilitique.

Ces excès épileptiformes peuvent laisser des traces après eux : ce sont des paralysies localisées sur lesquelles nous reviendrons, et qui peuvent se produire aussi spontanément.

A cette période prodromique, *l'intelligence* est généralement plus affaiblie que dans la période correspondante de la paralysie générale vraie.

b) PÉRIODE DE DÉBUT. — La période de début est différente encore. Dans la paralysie générale classique, l'intelligence est dès ce moment atteinte dans son fond, et la folie se manifeste

immédiatement avec tous les caractères des folies organiques. Au contraire, la paralysie générale syphilitique peut ne se manifester que par des symptômes de folie simple, et cela se comprend : nous avons vu en effet que, dans la périencéphalite chronique diffuse, la généralisation de la paralysie est primitive, parce qu'elle dépend d'une lésion cérébrale généralisée d'emblée ; dans la syphilis cérébrale, les lésions sont au début circonscrites, elles peuvent même être très limitées et ne se traduire que par des troubles délirants.

Néanmoins, ce mode de début est rare, et, dans tous les cas, les signes révélateurs d'une lésion organique ne tardent pas à se faire jour.

Le plus souvent, la paralysie générale syphilitique s'annonce par du délire et des troubles paralytiques localisés ; mais ici encore elle se distinguera de la paralysie générale vraie à son début.

II. Symptomatologie. — C'est de l'évolution que se tirent les éléments essentiels du diagnostic, mais il peut se faire que, faute de renseignements, cette évolution antérieure de la maladie reste inconnue, et qu'on se trouve en présence d'une paralysie générale dont on ne connaît pas le début et dont il s'agit de préciser la nature. Force est bien de se rabattre sur la symptomatologie pour établir ce diagnostic.

Bien que cette symptomatologie ne fournisse pas des signes d'une importance absolue, elle offre généralement certaines particularités dignes d'être notées.

a) Le plus important de ces éléments de diagnostic est fourni par l'étude des *troubles musculaires*. A cette période de généralisation, la paralysie porte bien sur l'ensemble du système musculaire comme dans la paralysie générale vraie, mais on retrouve presque toujours quelque trouble moteur plus particulièrement localisé : c'est une hémiplégie, une

paraplégie, une monoplégie, par exemple. Parfois, c'est une paralysie complète d'un seul ou de quelques muscles, et, dans ce cas, c'est du côté du muscle de l'œil qu'il faut porter plus particulièrement les recherches. M. Fournier a très justement attiré l'attention sur ce point.

Dans la paralysie générale ordinaire, on ne rencontre pas ces particularités ; il n'y a jamais de paralysies complètes, et la preuve c'est que les fous paralytiques jouissent de la liberté entière de leurs mouvements jusqu'à une période avancée de leur maladie. « Ce n'est pas sans étonnement, dit Marcé, que dans leurs moments d'agitation on voit ces paralytiques, qui se soutenaient à peine sur leurs jambes, déployer une force considérable, briser des obstacles solides et exiger la présence de plusieurs gardiens pour les maintenir..... Donc, la paralysie dont ils sont frappés ne ressemble à aucune autre. » On retrouve bien parfois de véritables paralysies complètes chez ces malades, mais elles sont immédiatement consécutives aux attaques épileptiformes et apoplectiformes de la période terminale, et, caractère important, elles disparaissent rapidement au bout de quelques jours, de quelques heures même.

L'étude des troubles de la motilité nous révélera encore quelques différences. C'est ainsi que le tremblement polyfibrillaire spasmodique de la langue, des lèvres, qui est spécial à la paralysie générale, fait souvent défaut dans la paralysie générale syphilitique. Dans la première de ces affections, le tremblement des membres a un aspect particulier : c'est une trémulence intermittente, c'est un spasme partiel apparaissant au moment des excitations volontaires.

Dans la paralysie syphilitique, le tremblement ressemble à celui de beaucoup d'autres maladies cérébrales ; il est plus grossier et se fait par plus grandes oscillations. Ces différences sont malaisées à décrire, mais facilement appréciables en clinique.

Notons encore dans la syphilis cérébrale les tremblements choréiformes des membres et la facilité de produire l'épilepsie spinale par la flexion des doigts ou des orteils.

b) *Les atrophies musculaires* sont très rares dans la paralysie générale vraie, nous ne connaissons pas d'observations qui les signalent. On les a rencontrées, au contraire, dans la syphilis cérébrale et dans quelques cas de paralysies générales qui avaient toutes les apparences de paralysies syphilitiques (1).

c) M. Fournier fait intervenir *le délire* dans le diagnostic de ses pseudo-paralysies générales syphilitiques ; il déclare que le délire des grandeurs n'existe presque jamais et que, quand il existe, il est très atténué. C'est là, pour nous, une opinion exagérée, et nous avons rencontré, chez des syphilitiques, un délire mégalomane très accusé. D'ailleurs, il est fréquent de rencontrer chez les paralytiques généraux les plus classiques un délire des grandeurs très atténué.

En général, chez les syphilitiques, il y a des alternances dans le délire : c'est un délire d'excitation avec idées de grandeur alternant avec un délire dépressif teinté d'idées de persécution.

d) On a mis en doute, et à bon droit, l'existence des *hallucinations* dans la paralysie générale ordinaire. Elles existent dans la paralysie syphilitique et contribuent à apporter au délire des colorations diverses.

e) Enfin, il est un dernier caractère que nous avons vu souvent mettre en relief par notre maître M. le professeur Mairet : c'est une *disproportion* souvent très marquée entre la déchéance intellectuelle et la déchéance physique des malades. Dans la paralysie générale vraie, ces deux termes

(1) Mairet, *loc. cit.*

marchent de pair, et la dégradation physique s'accroît à peu près régulièrement à mesure que la démence fait des progrès. Chez le syphilitique, la démence peut être profonde et l'état physique satisfaisant. Le rapport inverse peut aussi se produire.

Tels sont les caractères symptomatiques qui peuvent aider au diagnostic ; mais, nous le répétons, ces caractères, bien qu'ils soient importants, ont une valeur bien moindre que ceux qui sont tirés de l'évolution antérieure de la maladie.

Observation IX

(PERSONNELLE)

(Service de M. le professeur Mairat)

Syphilis. — Hémiplegie gauche. — Démence avec agitation considérable. — Délire ambitieux. — Tendance à la généralisation des troubles paralytiques. Albuminurie. — Mort.

Le nommé B... (Michel), quarante-deux ans, employé de commerce, entre dans le service de M. le professeur Mairat, le 22 décembre 1892.

Il vient de l'hôpital de Cette, accompagné d'un certificat médical constatant que le malade a été frappé, il y a deux ans, d'une hémorragie cérébrale qui l'a laissé hémiplégique du côté gauche.

De plus, l'interne de l'hôpital de Cette qui accompagne ce malade nous apprend que B... a eu la syphilis il y a six ans.

Depuis quinze jours environ, agitation considérable avec incohérence. Égarement très prononcé, au cours duquel B... a essayé quelques tentatives de suicide. Avant cette époque, aucune manifestation psychique.

Actuellement, l'intelligence est affaiblie dans son fond ; le malade n'arrive pas à dire la série des jours de la semaine et des mois de l'année. Il se trompe dans l'accomplissement du calcul le plus simple, lui qui était comptable autrefois.

Le délire a une direction mégalomaniacale très nette : B... se croit

très intelligent, il a 500,000 francs de fortune, peut-être davantage ; on lui a proposé d'être député, ministre, mais il n'a pas voulu.

Il paraît y avoir, surajoutées, quelques idées de persécution ; il frappe tous ceux qui l'entourent, prétendant qu'on lui en veut et qu'on cherche à lui tendre des pièges.

Il est en même temps émotif, pleurniche facilement, s'apitoie sur son sort et se recommande à tout le monde.

Physiquement, l'hémiplégie est très marquée, la face est prise également.

Les pupilles sont normales, à réactions normales.

Du côté gauche, on constate une excitabilité musculaire et tendineuse exagérée.

La sensibilité est, au contraire, diminuée de ce côté.

Du côté non paralysé, les forces paraissent à peu près intactes. Au dynamomètre, la main droite fournit une pression de 52 kilogr. La jambe droite seule supporte assez bien le poids du corps.

Les jours suivants, jusqu'au 1^{er} février, l'agitation est très intense ; le malade frappe, mord, insulte quiconque s'approche de lui : cette agitation s'accompagne de quelques poussées hyperthermiques.

1^{er} février. — Un vertige accompagné d'élévation de température et suivi d'abattement.

6. — La température est toujours au-dessus de la normale ; les idées de grandeur persistent.

15. — Après quelques jours de calme, il entre dans une nouvelle période de surexcitation ; de plus, les troubles parétiques qui, au début, étaient limités au côté gauche, paraissent s'étendre au côté droit.

On constate, en effet, le 16 février, une inégalité pupillaire et de larges tremblements des doigts. Au dynamomètre, la main droite qui donnait, il y a quelques jours, une pression de 52 kilogr., ne donne plus que 28 kilogrammes. Le membre inférieur droit a cependant conservé sa vigueur.

3 mars. — Diarrhée ; œdème des malléoles ; bouffissure du visage. Urines albumineuses, rien au cœur.

A partir de ce moment, le malade s'affaiblit de plus en plus, et meurt le 17 mars 1893.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation X

(PERSONNELLE)

Surexcitation maniaque au début. — Troubles divers de la mobilité d'abord localisée, puis généralisée. — Mort. — Lésions syphilitiques de l'encéphale et de la moelle.

G... (Marie), âgée de vingt-six ans, entrée dans le service de M. le professeur Mairét, le 4 juillet 1891.

Pas de renseignements sur les antécédents de la malade. On sait cependant que cette femme était atteinte d'un certain degré d'idiotie, vivait de la charité des passants et se livrait au premier venu pour quelques sous.

A son entrée, elle présente surtout les signes d'un apeurement excessif et des symptômes d'agitation maniaque très marqués. *Pas de troubles de la motilité.* Hallucinations de l'ouïe, elle entend des voix qui lui crient qu'elle est une mauvaise fille. Elle s'agite, pousse des cris, se lève la nuit et court d'un lit à l'autre dans le dortoir.

La vue est affaiblie des deux côtés ; cet affaiblissement paraît provenir d'une altération du fond de l'œil. L'examen ophtalmoscopique n'a pas été pratiqué.

Certificat de M. Mairét : Idiotie avec surexcitation maniaque et apeurement.

Deux mois après, apparaît une chute de la paupière gauche ; puis, au bout de quelques semaines, une hémiplégie gauche très nette, mais incomplète ; cette hémiplégie s'accompagne bientôt de contractions, et peu de temps après de troubles de l'équilibre qui font que la malade a grand'peine à se maintenir debout.

En avril 1892, voici ce que nous observons : Difficulté très grande dans la station verticale. Le corps penche en totalité sur le côté droit ; l'épaule droite est abaissée. La colonne vertébrale présente une légère courbure scoliotique à concavité droite, à la région dorso-lombaire. Du même côté, le pli fessier est abaissé.

La tête est tournée légèrement à droite et placée dans une position qui correspondrait à la position résultant de la contracture du sterno-mastoïdien gauche.

Une grande partie du côté gauche du corps est en contracture. Le bras gauche est appliqué contre le tronc et figé dans cette posi-

tion ; l'avant-bras est également fléchi en contracture sur le bras, la main sur le poignet. La main est en griffe.

Le membre inférieur gauche est enraidí. La paupière gauche est tombante.

A droite, c'est la parésie qui domine. Elle est générale, de ce côté, sans prédominance pour un groupe de muscles particuliers. L'œil droit est saillant.

La tête est petite, les bosses frontales surtout sont peu développées. Le nez est déjeté à droite, la commissure labiale droite entraînée en haut quand la malade rit. Strabisme. Les pupilles sont très dilatées, la gauche réagit difficilement à la lumière.

La démarche est tout à fait singulière, d'abord elle est très difficile et la malade fait des chutes fréquentes. Ensuite, chaque fois qu'elle veut se mettre en marche, la progression est précédée d'une sorte de trépignement. La malade se met ensuite en mouvement et arrive très bien, si elle veut, au but qu'elle s'est proposé. Toutefois, cela se fait à petits pas, et non sans une certaine hésitation.

Si elle n'a pas de but fixe, elle se met à tourner sur elle-même autour d'un axe vertical qui passerait tangentiellement au côté droit du corps. Ce mouvement se produit toujours dans le même sens autour de la jambe droite. Il est presque continu et se produit chaque fois que la malade reste debout et sans but. Pourtant elle s'interrompt si on l'interpelle.

La sensibilité (piqûre et chaleur) est intacte en tous points, mais les localisations se font très vagement.

Hyperexcitabilité musculaire et tendineuse considérable, égale à peu près des deux côtés du corps.

Le pouls est lent (58), assez régulier. Rien au cœur.

Artères dures.

Le foie est gros.

Psychiquement, c'est un état démentiel avec apeurement qui domine la scène.

Elle ne répond que par monosyllabes, mais paraît comprendre quelques-unes des paroles qu'on lui adresse. C'est ainsi qu'elle se met à chanter si on lui dit de le faire.

Interpellée, elle n'a pas l'air de se rendre compte d'où vient la voix qui l'appelle.

En décembre 1892, la malade ne peut plus se tenir debout. Elle est

enraidie dans son ensemble et doit garder le lit. Elle succombe le 17 décembre.

AUTOPSIE (résumée). — Encéphale petit, pesant 910 grammes. Dure-mère très épaissie, adhérente à la voûte crânienne. Pachyméningite généralisée.

Adhérences disséminées entre la pie-mère et la substance grise. Inflammation de la pie-mère, plus particulièrement du côté de la scissure de Sylvius.

Cédème de la substance blanche.

Dilatation ventriculaire. Les ventricules sont remplis de liquide ; les parois des ventricules ne sont cependant pas atteintes.

La moelle paraît beaucoup plus consistante qu'à l'état normal ; le doigt éprouve au toucher la sensation d'un cordon fibreux. La sclérose porte plus particulièrement sur la substance blanche.

Les circonvolutions sont affaissées.

Cervelet. — Poids 120 gr. Sa consistance est considérablement diminuée. Le cervelet s'est ouvert de lui-même aussitôt que le cerveau a été enlevé de la boîte crânienne, laissant voir une cavité irrégulière, déchiquetée, à teinte grisâtre. Ramollissement périphérique du cervelet ; ramollissement des pédoncules.

En résumé, l'autopsie nous montre des lésions de nature syphilitique : gomme probable du cervelet, pachyméningite, sclérose de la substance blanche et de la moelle.

Observation XI

(PERSONNELLE)

Syphilis. — Vertiges, étourdissements, délire. — Égarement et affaiblissement intellectuels, idées de grandeur, troubles de la motilité. — Traitement antisypilitique. — Très grande amélioration.

L... (André), architecte, entre dans le service de M. le professeur Mairat, le 4 novembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-quatre ans, alcoolique.

Une tante paternelle atteinte d'un tic de la face.

Mère morte phthisique.

Un oncle maternel atteint de tremblements sur la nature desquels on n'est pas fixé.

Antécédents personnels. — Intelligent et travailleur. Bonne santé habituelle; pas d'alcoolisme. Le malade affirme avoir contracté la syphilis il y a quatorze ans. Le chancre aurait été excisé et la maladie traitée ensuite par des pilules mercurielles et par l'iodure de potassium.

Début de l'aliénation mentale il y a quatre mois, après quelques vertiges et étourdissements. Pas d'attaques apoplectiformes proprement dites. Plus tard, il devient triste, s'enferme chez lui et refuse de sortir, disant que ses créanciers pourraient le rencontrer.

Avait toujours peur qu'on vînt chez lui pour l'arrêter.

Cet état, simplement délirant, dure pendant plusieurs semaines et fait place à un délire d'excitation accompagné de conceptions mégalo-maniaques. L... parle de ses richesses, de ses décorations, ; il veut faire des entreprises énormes; il veut inonder la Camargue entière pour en faire plus tard une plaine fertile. En même temps, il devient méchant, frappe sa femme et ses enfants,

Novembre 1892. — A son entrée à l'Asile, on constate de l'égarement intellectuel, de l'agitation, des idées de grandeur et quelques troubles parétiques localisés.

Il invective tout le monde, crie, s'emporte, se donne du mouvement, parle grec et latin. Il veut écrire à M. Carnot, dont il est l'égal, pour lui communiquer ses projets. Après avoir parlé avec volubilité, il se met à pleurer, puis pousse de grands cris. Il ne peut pas dire son âge; il sait simplement qu'il est né un vendredi.

Il sort un papier de sa poche et déclare qu'il vient de composer un éloge en latin des auteurs Bouisson, Courty, Tédénat, et de l'illustre et antique Faculté de Montpellier.

Parle sans cesse, mais sans la moindre suite.

La pupille droite est plus dilatée que la gauche et ne réagit pas à la lumière.

Les extrémités étendues sont agitées de tremblements à large amplitude. Les tremblements sont beaucoup plus prononcés à droite. La langue, tirée hors de la bouche, tremble.

Rien de particulier dans la démarche.

Décembre 1892. — Les troubles parétiques paraissent vouloir se gé-

néraliser. La parole est très embrouillée. Les extrémités supérieures tremblent d'une façon égale à droite et à gauche. La force musculaire, mesurée au dynamomètre, est affaiblie des deux côtés, mais surtout à droite.

Du côté des membres inférieurs, le malade ne se tient qu'avec peine sur la jambe droite ; si on lui ordonne de fermer les yeux et de se tenir sur un pied, il vacille et perd immédiatement l'équilibre.

Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés.

Agitation persistante, incohérence, idées de grandeur. L'Europe entière lui appartient ; il lui faut des milliards. Il est envoyé par Dieu ; il est Dieu lui-même.

L'agitation est excessive ; il se roule par terre, se déchire, mange la terre, se barbouille la face avec toutes les saletés qu'il rencontre, tient des propos orduriers.

On institue un traitement antisyphilitique par le bichlorure de mercure et l'iodure de potassium.

Janvier 1893. — Surexcitation encore considérable, malgré une amélioration marquée. L'état physique est meilleur.

Février 1893. — Le traitement, continué pendant trois semaines, a donné de bons résultats. Le malade est moins turbulent et peut être envoyé chaque jour à la promenade, dans la ville.

Cependant il est encore facilement surexcitable et sujet à des mouvements de colère.

Après une suspension de quelques jours, le traitement est repris, et peu à peu l'intelligence s'éclaircit. La paralysie ne fait plus de progrès.

Mai 1893. — Il reconnaît qu'il a été malade, et dit : « C'était simplement de la folie. » Il se souvient de tout ce qu'il a fait et de tout ce qu'il a dit. Il voulait surélever les terrains de la Camargue avec les alluvions du Rhône. Il se sentait la force et l'intelligence nécessaires pour arriver à son but. Aujourd'hui, il comprend qu'il parlait ainsi sous l'influence de la maladie, mais cependant il reconnaît qu'il y a là une entreprise réalisable. On sent que cette idée lui tient encore un peu à cœur.

L'intelligence est encore légèrement surexcitée, mais l'incohérence du début a disparu complètement. La mémoire est revenue. Le malade se reporte volontiers aux choses anciennes de sa vie.

Les troubles paralytiques se sont amendés. Les pupilles sont nor-

males, et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Du côté gauche, les tremblements ont disparu. Ils persistent du côté droit. Ce sont des tremblements irréguliers, saccadés, d'amplitude variable et peu rapides, tantôt horizontaux, tantôt verticaux.

La démarche du malade est normale. La jambe droite est pourtant plus faible que la gauche, cela se remarque surtout pendant la station debout sur un seul pied.

Les réflexes rotuliens sont normaux à gauche, diminués à droite.

Pas de troubles de la sensibilité.

La face est encore rouge, congestionnée, et, bien que la physionomie générale soit bonne, il semble qu'il existe encore dans cette physionomie un certain degré d'affaissement.

L'état physique est bon.

L'amélioration s'accroît jusqu'au 26 mai 1893, époque à laquelle le malade, réclamé par sa famille, sort dans un état d'amélioration voisin de la guérison.

Observation XII

(PERSONNELLE)

(Service de M. le professeur Mairé)

Syphilis datant de quinze ans. — Céphalée violente suivie de troubles délirants. Troubles parétiques localisés. — Légère amélioration par le traitement spécifique, puis état stationnaire.

R... (Séraphin), quarante-six ans, marchand de chaussures, entre le 4 décembre 1891 dans le service de M. le professeur Mairé.

Antécédents héréditaires. — Défectuosités du caractère chez la mère. Un frère détraqué, paraissant avoir subi un arrêt de développement intellectuel.

* *Antécédents personnels.* — Illettré, mais très intelligent. Conduisait fort bien son commerce. Aucun excès alcoolique. Tempérament très robuste, constitution vigoureuse.

A contracté la syphilis il y a quinze ans. Se plaint depuis plusieurs années de douleurs vagues dans les épaules.

Depuis six mois, on constate chez lui quelques modifications du ca-

ractère. Il est devenu violent et enclin à critiquer les actes d'autrui... Pas d'autres signes de troubles intellectuels.

Huit jours avant son entrée, il se plaint tout à coup d'une *douleur atroce* dans la tête et part subitement chez un médecin, le priant de le guérir et menaçant de se brûler la cervelle si on ne le guérit de sa *névralgie*. A son retour chez lui, il demande à grands cris un de ses parents pour arranger ses affaires, il veut se tuer, tant il souffre.

Dès le lendemain, des idées ambitieuses apparaissent. Il veut faire transformer son magasin, et dit à son fils : « Nous ferons un magasin magnifique, je veux épater tout Béziers. »

Il passe une journée entière à faire des plans de construction. Puis, il se met en tête de planter de la vigne en grand. Deux jours plus tard, il s' imagine qu'on veut l'empoisonner, il refuse tout ce qu'on lui présente.

En même temps, il a des idées hypochondriaques : il a le foie pourri ; il demande qu'on lui retire ce qu'il a dans la gorge, etc..., également considérable sous l'influence duquel il cherche à se pendre.

6 décembre. — Agitation très grande avec incohérence intellectuelle. Il cherche à se faire du mal par tous les moyens possibles. Il a le corps couvert d'ecchymoses. Dans la soirée du 5 décembre, il cherche à s'ouvrir les veines à l'aide d'un morceau de verre trouvé sur le sol ; il prétend qu'il a trop de sang. Par moments il est apeuré et crie parfois au secours quand une personne s'approche de lui. On peut juger de son embrouillement par quelques mots pris au hasard dans marmottage continu : « Je m'appelle.... je ne sais pas né à... dites-le moi..... c'est la sous-préfecture de Rodez..... donnez-moi un crayon..... je ne sais pas écrire..... mais je vais vous tirer le plan..... j'irai coucher dehors..... »

Il refuse de manger, parce que, dit-il, on veut l'empoisonner.

L'intelligence est très affaiblie, mais il est difficile, étant donné l'état de surexcitation du malade, de se rendre compte si elle est radicalement atteinte.

Troubles parétiques localisés consistant en une plus grande flaccidité des traits de la face du côté droit, des tremblements larges des extrémités supérieures, très prononcées du côté droit. Il semble qu'il n'y ait pas de troubles dans l'articulation des mots.

Janvier 1892. — Les troubles paralytiques localisés persistent, mais ont une tendance à la généralisation : la démarche devient lourde, les

membres supérieurs sont atteints tous les deux de tremblements très marqués ; l'embarras de la parole est très manifeste.

Hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Le malade se plaint de ce qu'on lui brûle le corps au moyen d'une loupe.

Le délire des grandeurs est manifeste.

Les troubles paralytiques localisés, les hallucinations, la céphalée du début, l'existence d'une syphilis datant de quinze ans, l'absence d'antécédents alcooliques, font penser à une paralysie générale de nature syphilitique, et on institue le traitement mercuriel.

Une amélioration notable se produit peu de jours après. L'agitation est moindre, mais il y a toujours de l'égarement. Le malade ne se rend aucun compte de sa situation. Il est égaré. Il croit qu'on lui a fait boire quelque drogue pour le rendre malade.

Mars 1892. — L'amélioration s'accroît et le malade peut être envoyé à la promenade chaque jour.

Le délire a subi une modification en ce sens que les idées mégalomaniaques se sont considérablement atténuées pour faire place à des idées de persécution liées à des perversions sensorielles diverses.

Les troubles paralytiques sont moins accusés, et, sous ce rapport, il s'est produit une véritable rémission.

Après plusieurs attaques successives par le traitement antisyphilitique, cet état reste stationnaire, et ce qui domine aujourd'hui ce sont les perversions sensorielles et les idées de persécution. La démence et les troubles paralytiques ne s'accroissent pas.

Observation XIII

(Blache, Thèse de Lyon, 1884)

Syphilis. — Atrophie des deux papilles. — Paraplégie ; trépidation épileptiforme.

Raideur généralisée. — Démence. — Idées de grandeur. — Mort. — Autopsie.

Examen microscopique.

X... (Ch.), ouvrier teinturier, trente-cinq ans.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Variole à l'âge de sept ans, il aurait eu également le croup vers la même époque. Ayant contracté la syphilis, X... a fait, il y a cinq ans, un séjour à l'Antiquaille. Un an après, ayant remarqué que sa vue faiblissait, il entre à l'Hôtel-

Dieu, dans le service de M. le professeur Gayet, où on lui fait suivre le traitement spécifique de la syphilis.

Le diagnostic porté fut atrophie double des papilles.

A son entrée, le malade fournit lui-même des renseignements sur son état. L'apparition du signe d'aliénation mentale remonterait à dix jours.

C'est alors que X... cessa de travailler, mais pour s'enfermer chez lui, où il resta toute une journée à frotter et à laver sans aucun but. A cette période d'agitation succéda une période de calme ; mais depuis, tous les deux jours, l'agitation revenait très violente.

Etat actuel. — Juin 1883. Embarras peu marqué de la parole ; répond assez bien aux différentes questions. Pupilles sensiblement égales. Tremblement très léger des extrémités ; marche très difficile.

Le malade s'excite très facilement. Pleurniche sans motif.

Affaiblissement de l'intelligence : le malade ne peut dire les dates ni les jours du mois. Il ne peut faire un calcul simple. Délire des grandeurs. Il gagne 50 francs par jour. Il donne 10 francs à chaque pauvre qu'il rencontre. Il est très habile pêcheur et peut pêcher en un jour 35 quintaux de poisson.

Certificat de quinzaine. — « X... est atteint de paralysie générale progressive, avec excitation maniaque assez intense et délire des grandeurs.

« Signé : Dr VINAY. »

4 janvier 1884. — Tendance à des *contractures* automatiques énergiques. Le malade se cramponne partout. Exagération considérable des réflexes rotuliens.

Epilepsie spinale qui cesse brusquement par l'inflexion subite du gros orteil.

Quand le malade a été excité pendant un certain temps, il est pris d'un tremblement général à grandes oscillations. Les mouvements volontaires sont en partie conservés aux membres supérieurs ; mais les jambes, *surtout la gauche*, ne se meuvent que très difficilement. Le malade dit souffrir beaucoup, un peu partout.

6 janvier 1884. — Décubitus dorsal avec tendance à la rétraction des membres inférieurs qu'il est alors assez difficile de ramener à l'extension. Les tentatives faites dans ce but entraînent presque sûrement l'apparition de l'*épilepsie spinale*. Après des essais répétés, il

paraît évident que les mouvements volontaires des membres inférieurs sont *plus faibles à gauche qu'à droite*. Les membres supérieurs sont le plus souvent, dans l'extension, ramenés le long du corps, les mains collées contre les cuisses. Il semblerait même que *les muscles interosseux sont un peu atrophies*. Les mouvements volontaires sont possibles; mais ils se font lentement et en apparence sans but. Toutefois, quand le malade peut s'accrocher, il le fait avec une grande énergie et se montre incapable de se détacher de l'objet qu'il a saisi.

La sensibilité au pincement est conservée, avec un léger retard du côté gauche.

A l'ophtalmoscope, la pupille droite est irrégulière, d'un blanc nacré, mais son pourtour est un peu grisâtre et saillant. A gauche, pupille un peu plus large, légèrement irrégulière, d'un blanc brillant, avec des vaisseaux légèrement variqueux.

Sirop de Gibert, deux cuillerées par jour. Le malade refusant de prendre sa potion, on la remplace par des frictions mercurielles qui sont continuées jusqu'au 15 janvier.

Pas d'amélioration sensible.

9 février 1884. — La raideur est moins marquée. Pupilles égales, non dilatées. La jambe droite est notablement moins sensible à la percussion du tendon rotulien que la gauche, et la trépidation épileptoïde développée par ce procédé se fait beaucoup plus attendre qu'à l'ordinaire. La flexion brusque du gros orteil arrête momentanément et partiellement les spasmes. Aussitôt que cette flexion cesse, des mouvements cloniques très irréguliers et très rapides reprennent et persistent pendant un temps assez long.

12. — On constate une diminution considérable de l'irritabilité réflexe dans les membres inférieurs. Mouvements cloniques du bras droit assez régulièrement rythmés; ces mouvements se produisent spontanément ou sous l'influence d'une excitation quelconque.

28. — Épilepsie spinale en grande partie disparue.

La sialorée, que l'on observait chez le malade depuis plusieurs mois, a également disparu.

Depuis lors, le malade s'affaiblit graduellement et meurt le 14 mars 1884.

AUTOPSIE. — *Les méninges* ne présentent avec le cerveau que deux ou trois adhérences très solides, situées de chaque côté de la scissure interhémisphérique, au niveau des lobes occipitaux. Incisées, elles

laissent échapper une quantité assez considérable de sérosité. D'une manière générale, les méninges sont épaissies.

Les veines qui rampent à la surface cérébrale sont congestionnées et turgescents.

Le cerveau est volumineux. Les deux hémisphères ne présentent pas de dissemblance marquée.

En différents points, notamment du côté de la suture sagittale, et particulièrement dans l'hémisphère gauche, sur le sommet de la pariétale ascendante, on remarque une *production méningée gélatineuse*, ayant tous les caractères objectifs d'une production gommeuse aplatie.

En différents points des deux hémisphères, on trouve de *petits papillomes végétants*. A la base, les méninges présentent aussi des adhérences et des épaississements.

Les artères de la base ne sont pas athéromateuses, mais au niveau de la face antérieure du bulbe et de la protubérance on observe quelques épaississements localisés.

Les deux nerfs optiques ont subi une atrophie fibreuse complète, qui va jusqu'au chiasma, le dépasse et peut être suivi dans un petit trajet sur les bandelettes elles-mêmes. On n'observe rien à l'œil nu du côté des corps genouillés ou des tubercules quadrijumeaux.

La protubérance et le bulbe sont remarquablement petits, eu égard au volume considérable des hémisphères cérébraux ; ils paraissent notablement indurés, le bulbe en particulier. Cette induration élastique se remarque également dans la substance des deux hémisphères, et prend d'autant plus d'importance qu'elle contraste avec le ramollissement manifeste des lobes temporo-sphénoïdaux.

L'examen des autres organes n'a pas été fait.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Fait par M. le professeur Pierret). — L'examen, à l'état frais, des substances blanche et grise des hémisphères, par dilacération et coloration avec le picro-carminate d'ammoniaque, fait reconnaître l'existence d'une infiltration nucléaire diffuse. Les éléments que l'on obtient ainsi sont tous de petit volume, généralement arrondis et groupés par flots, et ne sont pas sans analogie avec les éléments qui caractérisent les infiltrations gommeuses.

Notons qu'on ne rencontre pas de corps granuleux, et qu'au niveau des parois vasculaires seules on observe des traces d'irritation formative qui, nulle part, n'aboutit à la production des cellules étoilées qu'on rencontre si souvent dans les centres nerveux des paralytiques généraux.

On fait un deuxième examen après durcissement dans l'acide chromique.

Les résultats obtenus sont les mêmes que précédemment, et en outre on reconnaît :

1° Que les parois des vaisseaux ont subi, en nombre de points, la dégénérescence amyloïde ;

2° Que les éléments nucléaires sont groupés par îlots et, de plus, qu'au milieu de ces îlots on trouve un assez grand nombre de corpuscules amyloïdes.

3° Qu'il n'existe en aucun point de traces de corps granuleux, et qu'en outre, même dans les coupes portant sur la substance blanche, on a beaucoup de peine à limiter les tubes nerveux.

Enfin, la substance corticale, évidemment sclérosée, renferme des cellules nerveuses encore reconnaissables et dont le volume n'a pas sensiblement diminué.

Le protoplasma est devenu très granuleux, et en plusieurs points, des globules blancs accumulés autour de la cellule semblent se creuser des logettes dans la substance protoplasmique elle-même.

Observation XIV

(PIERRET, in Thèse de Belous, 1888)

Syphilis. — Lésions anatomiques (cerveau et moelle) disséminées. — Troubles parétiques localisés. — Paralyse généralisée. — Autopsie. — Examen microscopique.

G... (Joseph), vingt-huit ans, ouvrier boulanger, célibataire.

Ce malade entre à l'asile de Bron, le 3 novembre 1885. Il y a déjà fait un séjour, du 16 mai au 5 août 1883.

Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires. En examinant la région latérale du cou, on découvre une chaîne ganglionnaire très nette. On remarque également sur la partie antéro-externe du pli balano-préputial la cicatrice très évidente d'un chancre.

Il parle peu ; il est d'une humeur triste. Il répond bien aux questions, mais par monosyllabes ou par petites phrases.

On peut observer un léger tremblement de la langue et des mains. Il n'existe *pas de trouble de la parole* et les pupilles sont égales.

Le visage manque d'expression ; les traits dominants sont ceux de la lyémanie.

Depuis deux mois, il souffre de *douleurs rhumatismales*. Il gâte sans s'en apercevoir.

La marche est lente et ressemble à celle d'un palmipède.

10 novembre 1885. — La locomotion est difficile. La jambe gauche traîne un peu et paraît plus raide que la droite. La station est incertaine, mais le malade ne présente pas le signe de Romberg. Les réflexes rotuliens sont peut-être un peu exagérés.

La sensibilité est intacte.

Les deux mains sont assez faibles, mais il semble que *la gauche soit moins forte que la droite*. Ce dernier caractère a été remarqué par le malade, qui est boulanger de son état : il s'est aperçu, depuis un an, qu'en faisant sa pâte, le bras gauche se fatiguait beaucoup plus que d'ordinaire.

Pas de tremblements des mains bien précis.

Le malade a le faciès *hébété et niais du paralytique général*. La face est plus plate à gauche. On observe une légère trémulation dans la langue, ainsi que quelques rares spasmes dans les lèvres. Il semblerait que la paupière gauche soit *plus paresseuse que la droite* : elle se relèverait plus difficilement.

La parole est lente, monotone, et il existe un redoublement de certaines lettres (P. R). *La mémoire est intacte*.

Il n'y a pas de conceptions mégalomaniques franches, ni d'idées de persécution. Un peu d'indifférence.

Pas de maux de tête.

17 février 1886. — La marche est difficile : le malade avance lentement, à petits pas, sans pouvoir soulever le pied et en trainant la jambe. Il élargit sa base de sustentation afin de pouvoir maintenir son équilibre. A certains moments, perdant cet équilibre, il se voit obligé de s'accrocher aux moindres points d'appui qu'il peut rencontrer. Il ne peut tourner sur lui-même sans être soutenu ; l'occlusion des yeux n'accentue pas les phénomènes. Aussitôt que le malade a rencontré un obstacle, il se produit dans tous les muscles une contracture généralisée et un tremblement des membres supérieurs à la suite de l'effort qu'il fait pour trouver un point d'appui.

La faiblesse des membres inférieurs est plus grande à gauche ; c'est d'ailleurs la jambe gauche qui soutient le corps dans la marche, la jambe droite étant projetée plus facilement.

On note un peu d'anesthésie, limitée à la partie antérieure et su-

périeure des membres inférieurs ; dans les autres parties du corps, la sensibilité se révèle intacte.

Il est impossible d'obtenir le réflexe rotulien, les muscles se contracturant au moindre effort. Le réflexe crémastérien est aboli.

Les membres supérieurs ont à peu près conservé leur vigueur ; cependant la *pression de la main gauche est plus faible*. Myosis des pupilles, mais sans inégalité.

Le visage exprime l'hébétude et l'indifférence.

On note un léger tremblement de la langue et des lèvres. Il n'y a pas de troubles bien nets de la parole, si ce n'est une certaine lenteur dans l'émission des sons.

Il n'y a pas encore de conceptions mégalomaniaques.

On observe des lacunes nombreuses dans la mémoire. Le malade se rappelle à peine son premier séjour à l'asile ; il ignore l'endroit où il se trouve.

Il peut, toutefois, donner quelques détails sur sa vie antérieure, et il ne s'étonne ni de son entourage, ni des choses qui sont sous ses yeux.

Le malade possède une phrase stéréotypée qu'il débite à chaque instant, en guise de réponse, aux interrogations qu'on lui fait.

Juillet 1886. — Apparition d'une plaie ulcéreuse circulaire, à bords calleux, à la face antérieure de la jambe droite. Elle a guéri au bout de six mois (traitement mixte).

Décembre 1886. — Le malade étant toujours dans le gâtisme le plus complet, on note l'apparition d'une plaie analogue à la première, de la grandeur d'une pièce de deux francs, à la face postérieure de la cuisse gauche. Puis, l'iodoforme en améliore sensiblement l'état. Cependant, cette plaie est très tenace, car le malade la souille constamment par son urine.

Hyperesthésie très vive ; le malade crie quand on le touche, et se plaint qu'on lui fait mal.

Il meurt subitement, le 19 janvier 1887.

AUTOPSIE. — Rien de particulier dans les organes. Les méninges sont peu épaisses. Elles sont adhérentes par places.

Aux différentes coupes du cerveau, on perçoit en *certain points quelques nodules disséminés*, plus durs que la substance qui les environne. Leur aspect est légèrement plus sombre.

La moelle présente à l'œil nu des points manifestement dégénérés sur certaines coupes ; d'autres coupes sont saines.

Examen microscopique. — (État frais) :

a) Dans la moelle épinière (*substance grise*), les dilacérations sont faites à l'état frais, colorées au picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine. Elles montrent l'intégrité absolue des cellules motrices des cornes antérieures. On peut noter, toutefois, un certain degré de périartérite nodulaire.

b) Dans la moelle dilacérée (*cordons latéraux*), préparée par le même procédé, on observe certains points de la substance blanche qui ont subi une légère altération. C'est d'abord une légère tuméfaction de certains cylindres d'axe avec intégrité relative de la myéline; puis, on voit les tubes nerveux séparés les uns des autres par une substance finement granuleuse, contenant une assez grande quantité de noyaux ovalaires accolés les uns aux autres et noyés dans une substance vaguement pointillée, mais nullement fibrillaire, dans laquelle on aperçoit une multitude de petits points réfringents.

c) *Région frontale.* — On voit une gaine en boudin qui renferme des granulations graisseuses libres, du corps granuleux à noyaux, des corpuscules lymphatiques. Dans la substance fondamentale, très peu de fibrilles dans les points où les noyaux sont petits et arrondis. On ne commence à apercevoir des fibrilles très nettes que dans les points où l'on voit des formes vagues de cellules-araignées. Cette configuration cellulaire indique une période plus avancée du processus.

Dans les parties de l'encéphale où les lésions sont au maximum, on trouve, dans une substance fibrillaire et finement granuleuse, des noyaux en très grand nombre, avec un semis de granulations libres. Dans cette trame en quelque sorte feutrée, on distingue des cylindres d'axe, des cellules nerveuses dégénérées (dégénérescence granulo-pigmentaire), des vaisseaux présentant les altérations décrites plus haut. Sur les bords, des fibrilles légèrement onduleuses, mais coupées de temps en temps par un angle vif, et au niveau de cet angle existe une sorte de nodule brillant.

Après durcissement, les coupes ont porté sur toutes les régions de la moelle, sur le bulbe et la protubérance, ainsi que sur le cerveau.

Certaines coupes, examinées à l'œil nu avant toute préparation, montrent déjà des îlots disséminés de sclérose; elles revêtent un aspect tigré.

On rencontre de ces îlots de sclérose, aussi bien sur les coupes qui

ont porté sur la *moelle* que sur celles qui ont été faites sur le *bulbe* et le *cerveau*.

On aperçoit, au centre de ces points de sclérose, un ou deux vaisseaux : leurs parois sont épaissies, leur gaine lymphatique distendue contient des cellules englobées dans un réticulum fibrillaire. En d'autres endroits, la gaine vasculaire contient seulement un grand nombre de cellules lymphatiques et pas de réticulum fibrillaire apparent.

Le calibre du vaisseau est obstrué. Tout autour, les tubes nerveux ont disparu et sont remplacés par un tissu de sclérose dans lequel on perçoit encore quelques cylindres d'axe, des corps granuleux, dont quelques-uns ont disparu après l'action de la térébenthine et de l'alcool : à leur place se trouve une sorte de vacuole dans laquelle on distingue encore un noyau et des granulations graisseuses.

Ces îlots sont disséminés dans le cerveau et dans les deux substances de la moelle.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Les paralysies générales alcoolique, saturnine et syphilitique se distinguent assez nettement de la paralysie générale vraie, pour qu'il soit, dans presque tous les cas, possible d'en faire un diagnostic pathogénique assez précoce.

Il n'existe pour aucune d'entre elles un signe pathognomonique qui permette de faire ce diagnostic ; mais toutes présentent, à une époque assez rapprochée de leur début, un ensemble de caractères suffisants pour les différencier entre elles.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juin 1893.
Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juin 1893.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
